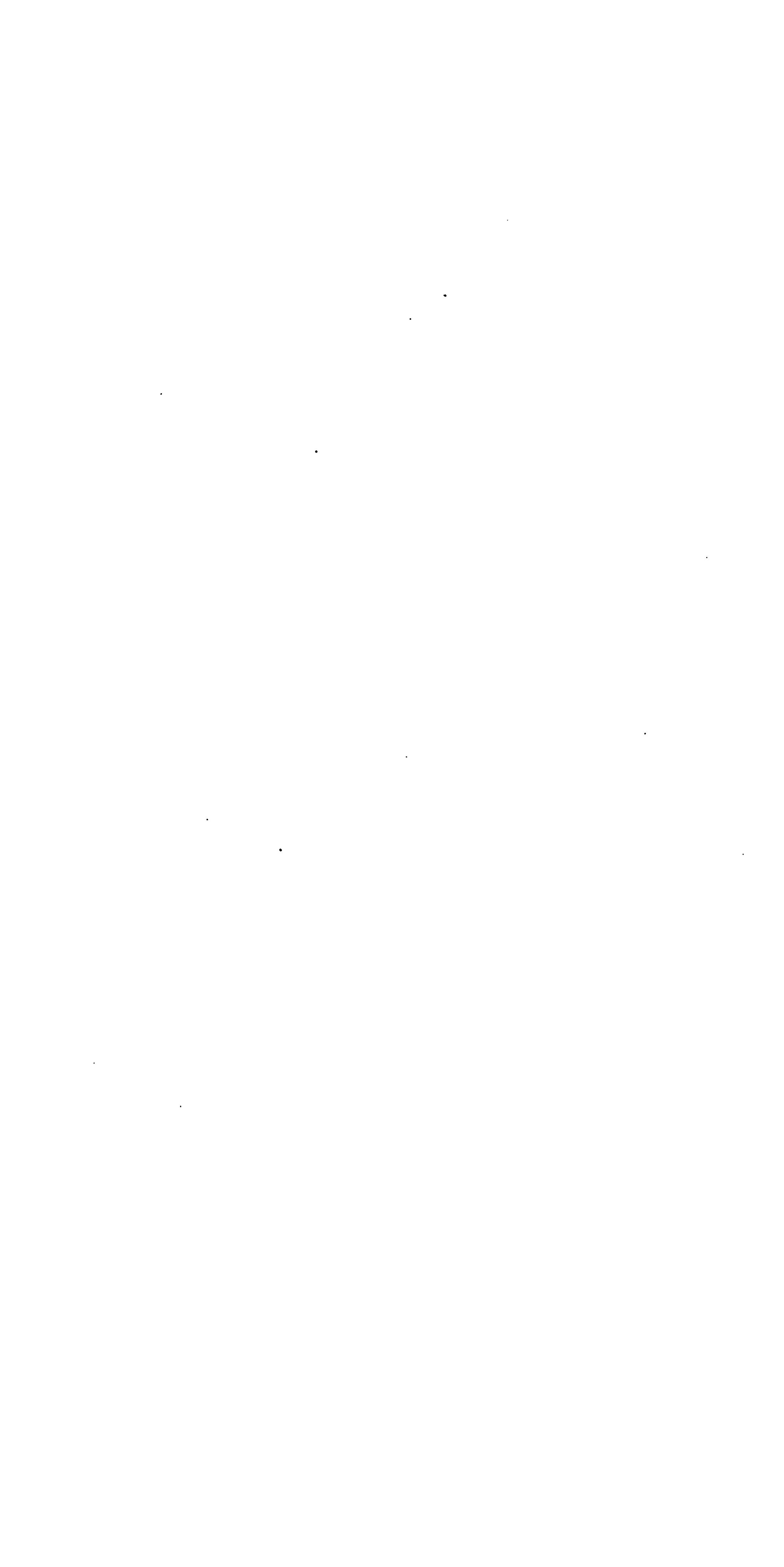
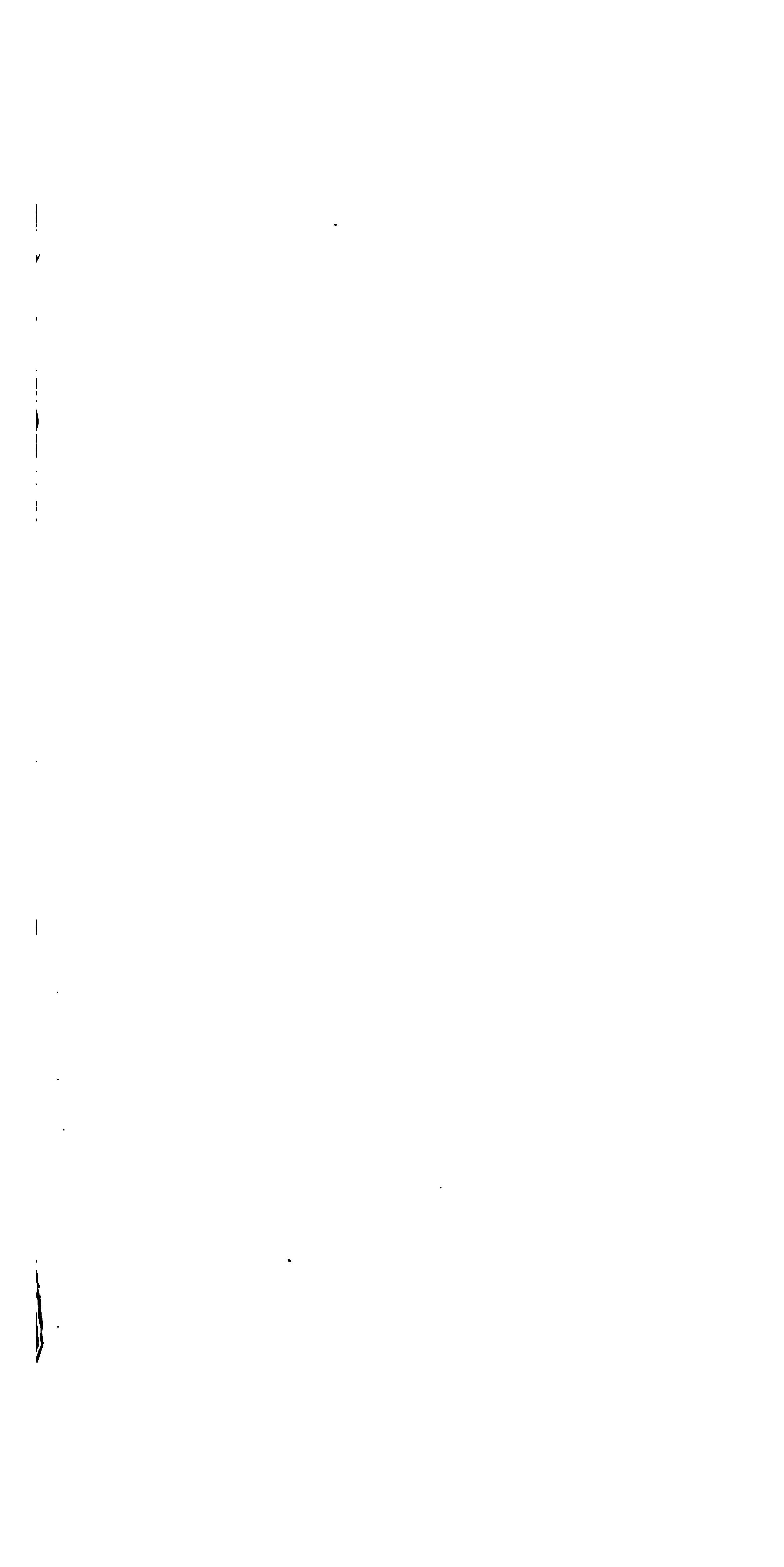












HANDBUCH DER HYGIENE

IN ZEHN BÄNDEN.

BEARBEITET VON

Dr. ALBRECHT, Berlin; Prof. ASSMANN, Berlin; Geheimrat Dr. BAER, Berlin; Prof. R. BLASIUS, Braunschweig; Dr. AGNES BLUHM, Berlin; Sanitätsrat Dr. BRAEHMER, Berlin; Oberrealschulprofessor Dr. L. BURGERSTEIN, Wien; Prof. BÜSING, Berlin-Friedenau; Direktor Dr. EDELMANN, Dresden; Prof. FINKELNBURG, Bonn; Prof. v. FODOR, Budapest; Sanitätsrat Dr. FÜLLER, Neunkirchen; Landwirt GEORG H. GERSON, Berlin; Dr. F. GOLDSCHMIDT, Nürnberg; Privatdozent Dr. HEINZERLING, Darmstadt; Oberstabsarzt Dr. HELBIG, Dresden; Prof. HUEPPE, Prag; Stadt-Elektriker Dr. KALLMANN, Berlin; Privatdozent und Baumeister KNAUFF, Berlin; Prof. KRAFT, Brünn; Prof. KRATSCHMER, Wien; Dr. D. KULENKAMPFF, Bremen; Prof. LOEFFLER, Greifswald; Bergrat MEISSNER, Berlin; Direktor MERKE, Moabit-Berlin; Dr. E. METSCHNIKOFF, Paris; Prof. J. MUNK, Berlin; Prof. NEISSER, Breslau; k. k. österr. Sekretär im Min. d. Innern Dr. NETOLITZKY, Wien; Privatdozent Dr. H. NEUMANN, Berlin; Hafenarzt Dr. NOCHT, Hamburg; Prof. CHR. NUSSBAUM, Hannover; Oberingenieur OESTEN, Berlin; Dr. OLDENDORFF, Berlin; Baurat OSTHOFF, Berlin; Bauinspektor E. RICHTER, Hamburg; Ingenieur ROSENBOOM, Kiel; Reg.- und Medizinalrat Dr. ROTH, Potsdam; Bauinspektor RUPPEL, Hamburg; Bergassessor SAEGER, Friedrichshütte; Physikus Dr. SCHÄFER, Danzig; Fabrikinspektor SCHELLENBERG, Karlsruhe; Dr. SCHELLONG, Königsberg i. P.; städt. Ingenieur SCHMIDT, Dresden; Bauinspektor R. SCHULTZE, Köln; Direktor Dr. SCHWARZ, Stolp i. P.; Inspektor Dr. SENDTNER, München; Dr. med. SOMMERFELD, Berlin; Direktor Dr. W. SONNE, Darmstadt; Baurat STÜBBEN, Köln; Prof. STUTZER, Bonn; Direktor Dr. J. H. VOGEL, Berlin; Prof. WEBER, Kiel; Reg.- und Medizinalrat Dr. WEHMER, Berlin; Prof. WEICHSELBAUM, Wien; Medizinalrat Dr. WERNICH, Berlin; Dr. TH. WEYL, Berlin; Dr. ZADEK, Berlin.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. MED. TH. WEYL,

PRIVATDOCENTEN DER TECHNISCHEN HOCHSCHULE ZU CHARLOTTENBURG-BERLIN.

ZEHNTER BAND.

MIT 1 KARTENSKIZZE UND 2 KURVEN IM TEXT.

JENA,
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1901.

HANDBUCH DER HYGIENE.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. MED. TH. WEYL,

PRIVATDOCENTEN AN DER TECHNISCHEN HOCHSCHULE ZU CHARLOTTENBURG-BERLIN.

ZEHNTER BAND.

HYGIENE DER PROSTITUTION UND VENERISCHEN KRANKHEITEN.

BEARBEITET

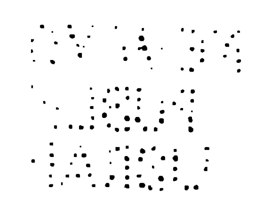
VON

Dr. A. BLASCHKO in Berlin.

MIT 1 KARTENSKIZZE UND 2 KURVEN IM TEXT.

HAUPTREGISTER ZU ALLEN ZEHN BÄNDEN.

JENA,
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1901.



Inhalt.



Hygiene der Prostitution

und der

venerischen Krankheiten.

BEARBEITET

VON

DR. A. BLASCHKO.

MIT 1 KARTENSKIZZE UND 2 KURVEN IM TEXT.

HANDBUCH DER HYGIENE

HERAUSGEGEBEN VON

DR. THEODOR WEYL.

ZEHNTER BAND. ERSTE LIEFERUNG.

JENA,

VERLAG VON GUSTAV FISCHER.

1900.

Inhaltsübersicht.



I. Die Geschlechtskrankheiten.

Die Bedeutung der einzelnen Infektionskrankheiten für die öffentliche Gesundheitspflege hängt im wesentlichen davon ab, welche Ausbreitung sie unter der Bevölkerung haben und welche Schäden sie dem Individuum, der Gesellschaft, der menschlichen Rasse zuzufügen vermögen.

Betrachtet man die drei Krankheiten, die man, weil sie am häufigsten durch den Geschlechtsverkehr übertragen werden, gemeinhin als Geschlechtskrankheiten oder als venerische Krankheiten zu bezeichnen pflegt, unter diesem Gesichtspunkt, so werden wir bald sehen, daß nur zwei von ihnen, der Tripper und die Syphilis, den Charakter gefährlicher Volkskrankheiten tragen, während die dritte, der weiche Schanker, in hygienischer Beziehung nur ein verhältnismäßig untergeordnetes Interesse erregt.

Der weiche Schanker (Ulcus molle) ist eine fast ausschließlich durch den Geschlechtsverkehr übertragene und fast stets an den Genitalien lokalisierte und auf diese beschränkt bleibende Erkrankung. Er besteht aus etwa 3 bis 5 Tage nach der Infektion auftretenden, scharf ausgeschnittenen Geschwüren mit unterminierten Rändern, Geschwüren, die leicht in die Tiefe und Breite wachsen, leicht inokulierbar sind und nicht selten zu akuten Entzündungen der nächst gelegenen Lymphdrüsenpakete — Bubonen — Veranlassung geben. Die Erkrankung spielt sich im Verlaufe weniger Wochen ab und hinterläßt keine Schädigungen des Allgemeinorganismus.

Der Krankheitserreger ist höchst wahrscheinlich ein zuerst von Ducrey beschriebener Bacillus, welcher auf den üblichen Nährmedien nicht entwickelungsfähig ist und bis jetzt nur durch wiederholte Inokulationen auf die menschliche Haut rein gezüchtet werden kann. Die Existenz dieses Bacillus und seine Bedeutung für das Ulcus molle ist von Krefting, Unna, Petersen und anderen bestätigt worden.

Ebenso wie der weiche Schanker beginnt die Syphilis mit einem Geschwüre, welches, wenn es durch den Geschlechtsverkehr entstanden ist, ebenfalls an den Genitalien lokalisiert ist, aber erst nach einer längeren Inkubationszeit — 15 bis 30 Tage nach der Infektion, in einzelnen Fällen noch später — auftritt. Dieses Geschwür, welches als Primäraffekt, oder auch, da es sehr häufig zu einer starken Infiltration und

Verhärtung des Geschwürsgrundes zu kommen pflegt, als harter Schanker bezeichnet wird, ist von einer Reihe von sekundären Erscheinungen — Hautausschlägen, Schleimhauterkrankungen, Affektionen der Knochen, Gelenke und serösen Häute — gefolgt, welche bei den verschiedenen Kranken in verschiedener Ausdehnung und Intensität sich geltend machen und als der Ausdruck einer Allgemeininfektion anzusehen sind. Nach Abheilen dieser ersten Erscheinungen, welche man auch — Primär- und Sekundärerscheinungen zusammengenommen — als Syphilis recens zusammenfaßt, tritt ein Stadium scheinbarer Genesung ein, scheinbarer, denn bei den meisten Syphilitikern treten im Laufe der nächsten 2, 3 oder auch 4 Jahre neue Krankheitserscheinungen auf, welche den im Anschluß an den Primäraffekt beobachteten sekundären Erscheinungen im wesentlichen gleichen und welche, wie jene, einer mercuriellen Behandlung in der Regel leicht zugängig sind (Syphilis recidiva). In nicht wenigen Fällen kommt es auch noch nach Jahren zu erneuten Erkrankungen, welche entweder noch eine gewisse Aehnlichkeit mit den früheren Erscheinungen haben oder auch zu leicht zerfallenden, geschwulstartigen Anschwellungen, den sogenannten Gummigeschwülsten, führen. Man bezeichnet diese Erkrankungsform entweder ihrem pathologisch-anatomischen Charakter nach als gummöse oder ihres zeitlichen Auftretens wegen als tertiäre oder Spätsyphilis (Syphilis tarda).

Der Erreger der Syphilis ist bis jetzt noch nicht bekannt. Wohl sind von den Lostorfer'schen Syphiliskörperchen an zahlreiche Mikroorganismen als Erreger der Syphilis beschrieben worden, deren bekanntester der von Lustgarten 1885 gefundene Bacillus ist. Aber noch keinem der Autoren ist es gelungen, das regelmäßige Vorkommen eines bestimmten Organismus in den syphilitischen Produkten nachzuweisen, denselben rein zu züchten oder gar zu überimpfen. Das gilt auch für die neuerdings von Döhle beschriebenen Protozoen und den vor kurzem von Winkler dargestellten tingiblen Kugeln in syphilitischen Produkten, welchen dieser vorsichtigerweise selbst eine ätiologische Bedeutung beizulegen gar nicht geneigt ist.

Der Tripper (Gonorrhoe, Blennorrhoe, Blennorrhagie) ist ein eiteriger Katarrh der Geschlechtsorgane, welcher ebenfalls bei Gelegenheit des Geschlechtsverkehrs übertragen wird und in der Regel 4 bis 8 Tage nach der Infektion sich als solcher geltend macht. Beim Manne pflegt dieser Katarrh in der Mehrzahl der Fälle nach Ablauf von wenigen Wochen oder Monaten zu verschwinden. Während dieser Zeit ist er nicht selten von unangenehmen und zum Teil gefährlichen Komplikationen — Entzündungen der Hoden, der Samenstränge, der Prostata, der Blase, der Nieren mit sich anschließender Nierenvereiterung, schweren rheumatischen Erkrankungen der Gelenke, Sehnenscheiden, des Herzbeutels etc. — begleitet. Hin und wieder hat er auch mehr oder minder hochgradige Verengerung der Harnröhre (Striktur) im Gefolge. In vielen Fällen schließt sich an das akute Stadium ein chronischer Katarrh, welcher dem Träger nur wenig Beschwerden macht, aber durch seine zeitweilige oder dauernde Kontagiosität (s. u.) gefährlich werden kann, in einzelnen Fällen überhaupt einer Heilung unzugänglich ist

Bei der Frau befällt der Tripper am häufigsten zunächst die Harnröhre, die Bartholini'schen Drüsen und die Cervix uteri. Aber in vielen Fällen überschreitet der Prozeß den inneren Muttermund, gelangt in die Gebärmutter oder in die Eileiter und wird auf diesem Wege Veranlassung zu schweren chronischen Entzündungen dieser Organe, des sie

einhüllenden Beckenbindegewebes, sowie auch unter Umständen des sie bekleidenden Bauchfelles.

Erreger der Gonorrhoe ist der 1879 von Neißer aufgefundene Gonococcus, ein meist im Innern von Eiterzellen gelegener, semmelförmiger Diplococcus, welcher auf den meisten üblichen alkalischen Nährböden schlecht, besser auf sauren Nährböden (Sabouraud) fortkommt, sowie auf menschlichem Blutserum-Agar (Wertheim), Harn-Agar (Finger, Ghon und Schlagenhaufer) und Schweineblutserum, welchem Nutrose zugesetzt ist (Wassermann).

Die Syphilis.

A. Prognose der Syphilis.

Wenn man die Bedeutung der großen Volksseuchen nach der Zahl der Opfer abschätzt, welche sie alljährlich oder bei ihren großen Wanderzügen über die Erde fordern, so scheint zunächst die Syphilis eine untergeordnete Stellung einzunehmen. Als direkte Todesursache unter der Mortalitätsstatistik figuriert sie nur mit geringen Ziffern, und auch diese sind zum weitaus größten Teil durch die Todesfälle an ererbter Syphilis bedingt, während anscheinend die erworbene Syphilis im Verhältnis zur Zahl der Erkrankten nur verschwindend selten zum Tode führt. Die Stellung der Lebensversicherungsgesellschaften gegenüber der Syphilis scheint dieser optimistischen Auffassung Recht zu geben. Werden doch frühere Luetiker entweder auf Lebenszeit ohne Zuschlagsprämie oder mit Abkürzung anstandslos zur Versicherung angenommen, da, wie Gutachten europäischer Aerzte und Bankdirektoren besonders ausführen, „die Syphilis auf die Lebensdauer keinen Einfluß ausübe“. Ob diese Praxis der Lebensversicherungsgesellschaften berechtigt ist, scheint mir im hohen Grade zweifelhaft, Syphilitiker sterben zweifellos in nicht wenigen Fällen an Affektionen der inneren Organe, welche in einem mehr oder minder direkten kausalen Zusammenhang mit ihrer überstandenen Syphilis stehen — Morbus Brightii, Lebercirrhose, Amyloid, progressive Paralyse etc. — ohne daß in der Mortalitätsstatistik diese zum Ausdruck gelangte, und ohne daß auf dem Totenschein der Zusammenhang der Todesursache mit einer voraufgegangenen Syphilis vermerkt würde. Eine richtige Vorstellung über die Zahl der Opfer, welche die erworbene Syphilis alljährlich fordert, sowie ein richtiges Urteil über die durchschnittliche Abkürzung der ferneren Lebensdauer, welche die Syphilis verursacht, ließe sich nur aus einer exakten Durchmusterung zahlreicher Jahrgänge großer Lebensversicherungsanstalten gewinnen, eine Statistik, an deren Aufstellung die Versicherungsgesellschaften leider kein geschäftliches Interesse zu haben angeben*). So viel aber scheint mir

*) Runeberg Helsingfors publiziert soeben (Deutsche med. Wochenschr. 1900 No. 19 u. 20) eine Statistik der grofsen finnischen Lebensversicherungsgesellschaft Kalera, bei der Syphilis unter den Todesursachen mit 11,4 Proz. (Tuberculose 21,3 Proz.) figuriert. Rechnet man die Fälle hinzu, wo Syphilis mit grofser Wahrscheinlichkeit als Todesursache anzunehmen ist, so steigt der Prozentsatz der Mortalität auf 15 Proz.! Von den 11,4 Proz. Todesfällen entfielen auf

syphilitische Herzerkrankungen	37	Proz.
progressive Paralyse	26	„
sonstige Hirn- und Rückenmarksleiden incl. Apoplexie	25	„

zweifellos, für eine große Reihe von Fällen bedingt eine voraufgegangene Syphilis eine mehr oder minder erhebliche Schwächung der allgemeinen Widerstandskraft, eine gewisse Schädigung des allgemeinen Organismus, welche den Syphilitiker anderen Krankheiten und Fährnissen des Lebens gegenüber leichter erliegen läßt als die übrigen Menschen.

Läßt sich danach der Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer schwer feststellen, so besteht darüber kein Zweifel, daß in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz der Fälle die Krankheit eine dauernde und schwere Schädigung der Gesundheit darstellt. Für die Mehrzahl der Fälle freilich kann man, soweit sie in civilisierten Ländern vorkommen und einer sachgemäßen Behandlung unterliegen, den Satz aussprechen, daß die Syphilis eine heilbare Krankheit ist; sie wird bei dem einen früher, bei dem anderen später vollkommen geheilt. Für den einzelnen Fall läßt sich diese günstige Prognose mit Sicherheit nicht feststellen, da in vielen Fällen nach jahre- oder selbst jahrzehntelanger anscheinend vollkommener Genesung ganz unvermittelt wieder Erscheinungen der Krankheit auftreten. Wie oft das vorkommt, darüber geben die zahlreichen vorliegenden Statistiken nur sehr mangelhafte Auskunft, da die meisten derselben sich auf die „tertiäre Syphilis“ beziehen, und in diese tertiäre Syphilis die verschiedenen Autoren einmal nur diese unvermittelt auftretende Spätsyphilis, andere auch schon die in den ersten Jahren der Erkrankung sich einstellenden Affektionen gummösen Charakters einbeziehen, die einen Autoren gewisse nervöse Affektionen, wie Tabes und progressive Paralyse, mit hinzurechnen, während andere Autoren auf dem Standpunkt stehen, daß diese letztgenannten Affektionen streng genommen nicht zur Syphilis gerechnet werden können. Da auch der Modus, wie diese Ziffern gewonnen werden, meist ein sehr anfechtbarer ist (meist wird einfach die Zahl der in einem Zeitraum zur Behandlung gelangenden frischen Syphilisfälle mit derjenigen der in dem gleichen Zeitraum behandelten tertiären Fälle verglichen), so kann es nicht wunder nehmen, wenn bei diesen Statistiken sehr weit auseinandergehende Zahlen gefunden werden. So entfallen auf 100 Syphilitiker tertiäre Erscheinungen

nach:	Vajda	6.8mal	
„	Neumann	6,8 „	
„	Marschalkó	7.4 „	
„	Raff	9,1 „*)	
„	Haslund	10.9 „	
„	Diday	12,0 „	
„	Wilbuszewitz	14,6 „	
„	Mauriac	15,0 „	
„	Rollet	15.0 „	
„	Popow	17,4 „	
„	Sederholm	18,8 „	
„	Neumann	29,0 „	(spätere Mitteilung)
„	Elsenberg-Sterling	45,0 „	

*) Auch die Raff'sche Statistik ist auf die oben angegebene fehlerhafte Weise entstanden. Ich komme aus seinen eigenen Ziffern zu einem ganz anderen Prozentsatz. Stellt man die 179 Fälle, bei welchen seit dem Eintreten der zuletzt beobachteten syphilitischen Erscheinungen mehr als 3 Jahre verflossen sind, ohne daß tertiäre Erkrankungen beobachtet wurden, den 74 gegenüber, bei welchen zwischen dem Auftreten der ersten syphilitischen Erscheinungen und dem der tertiären Affektionen 3 Jahre und länger vergangen sind, so gelangt man auch zu einem Prozentsatz von 29.

Das augenfällige Uebergewicht von Spätsyphilis auf der unter Leitung von Elsenberg stehenden Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am israelitischen Krankenhause zu Warschau wird vor allem dadurch erklärt, daß hier der allerärmste Teil der Bevölkerung, welcher sich schlecht nährt, elend wohnt u. dgl., zur Behandlung kommt. Ferner werden gar oft darunter irrationell behandelte Fälle gefunden, um so mehr als das größte Kontingent dieser Patienten nicht Warschauer Einwohner, sondern aus den entferntesten Gegenden des Landes herkommende Kranke bilden.

Ein besseres Bild gewinnt man aus der Zusammenstellung der verschiedenen Organsysteme, welche von der tertiären Syphilis befallen werden:

	Jullien	Fournier *)	Haslund	Ehlers	Elsenberg-Sterling	Dina Sandberg
Veränderungen der Haut und Schleimhaut	54,8 %	52,3 %	56,6 %	29,0 %	51,5 %	38,75 %
Veränderungen der Knochen	27,7 „	17,0 „	20.1 „	23,1 „	39,4 „	31,0 „
Veränderungen der Muskeln	—	0,4 „	—	—	2,9 „	0,5 „
Veränderungen des Centralnervensystems	8,8 „	42,5 „	19,6 „	20,1 „	3,2 „	12,25 „
Veränderungen der Hoden	11,8 „	5,5 „	—	—	3,0 „	—
Veränderungen der inneren Organe	—	—	3,3 „	—	—	— 5,5 „

Die großen Zahlen Fournier's für Erkrankungen des Nervensystems sind zum Teil zweifellos dadurch bedingt, daß die vornehme Privatklientel Fournier's, welche diese Statistik geliefert hat, und die sich zum großen Teil aus den nervösen Vertretern der degenerierten Pariser Bourgeoisie zusammensetzt, dem syphilitischem Gifte mit Vorliebe sein geschwächtes Nervensystem als locus minoris resistentiae darbietet.

Aber man vergesse nicht, daß Fournier auch die Tabes und die progressive Paralyse mit als eine Form der tertiären Syphilis auffaßt und daß von seinen 42 Proz. 15,4 Proz. Tabiker und fast 2 Proz. Paralytiker sind. Aber die Frage, ob die Tabes und die progressive Paralyse zweifellos als Erscheinungen der Syphilis zu betrachten sind, ist noch keineswegs abgeschlossen. Während die einen Autoren die Differenzen des klinischen Bildes dieser Krankheiten mit der eigentlichen Syphilis des Centralnervensystems, das Fehlen wirklich syphilitischer (gummöser) Veränderungen bei Tabes und Paralyse, sowie das Fehlschlagen der mercuriellen Behandlung bei diesen Affektionen gegen den syphilitischen Charakter derselben ins Feld führen, wird von anderen mit Recht vor allem der bei diesen Kranken fast regelmäßig gelingende Nachweis einer früheren syphilitischen Infektion als wichtige Thatsache betont, und man nimmt an, daß es sich in diesen Fällen nicht um eine eigentliche Wirkung des Syphilisbacillus, sondern um degenerative Vorgänge, erzeugt durch die von ihm abgesonderten toxischen Substanzen, handeln möge. Fournier hat diese Erkrankungen, für welche, wie es scheint, die Syphilis nur den Boden

*) Die Fournier'sche Statistik umfaßt 5749 Tertiärerkrankungen bei 4400 Patienten; die Prozentberechnung habe ich auf die Zahl der Patienten, nicht auf die der Erkrankungen bezogen.

bereitet und dadurch eine wichtige, vielleicht unerläßliche Vorbedingung darstellt, mit dem Namen der parasyphilitischen Erscheinungen belegt. Ist diese Anschauung zutreffend, so erweitert sich natürlich der Kreis der durch die Syphilis direkt oder indirekt gegesetzten Schädigungen beträchtlich, und dieselbe gewinnt für das Volksleben auch in ökonomischer Beziehung eine bei weitem wichtigere Bedeutung.

Eine der häufigsten und traurigsten Begleiterscheinungen der syphilitischen Infektion ist die Uebertragung der Krankheit auf die Nachkommenschaft. Ueber die Wirkung des syphilitischen Virus auf die Nachkommenschaft besitzen wir eine Reihe von statistischen Angaben. So waren nach Fournier von 500 Ehen, wo ein Teil oder beide Syphilis durchgemacht hatten, 277, also über 50 Proz., in denen sich die Heredität in irgend einer Weise äußerte, während 223 Ehen, d. h. 46 Proz. ganz verschont blieben, und zwar endeten von den gesamten auf die 500 Ehen entfallenden

1127 Schwangerschaften
600 " = 54 Proz.

glücklich, d. h. mit der Geburt gesunder Kinder,

527 Schwangerschaften

unglücklich, d. h. mit Fehlgeburten, Totgeburten, Geburten syphilitischer, kachektischer Kinder.

Die Heftigkeit, mit der sich das syphilitische Gift bei der Nachkommenschaft geltend macht, hängt von den verschiedensten Umständen ab; zunächst von der Art der Uebertragung. Die Erkrankung kann von väterlicher Seite (durch den Samen) oder von mütterlicher (durch das Ei) oder von beiden Eltern her vererbt sein; in letzterem Falle wird gewöhnlich die Frau vor oder bei der Konzeption angesteckt, obwohl auch Fälle vorkommen, wo die Frau erst während der Schwangerschaft infiziert wird und die Krankheit dann erst auf die Frucht überträgt.

Je näher am Ende der Schwangerschaft diese Ansteckung stattfindet, desto mehr Aussicht hat das Kind, von der Erkrankung verschont zu bleiben, offenbar weil die entwickelte Placenta der späteren Monate einen besseren Filter für den Syphiliserreger darstellt. Umgekehrt liegt das Verhältnis, wenn es sich um eine vor der Befruchtung erworbene Syphilis eines der Eltern handelt: je weiter dann die Erkrankung des Vaters oder der Mutter zurückliegt, desto günstiger die Aussichten für das Kind (Diday-Kassowitz'sches Gesetz der allmählichen Abschwächung); doch kommen Ausnahmen von diesem Gesetz vor, es kann nach einem gesunden noch ein hereditär luetisches Kind geboren werden. Am ungünstigsten sind die Chancen, wenn zur Zeit der Befruchtung die elterliche Syphilis eine frische, floride ist. Die Krankheit der Mutter ist erfahrungsgemäß verderblicher als die des Vaters (60 Proz. gegen 28 Proz. Totgeburten), da in diesem Falle nicht nur die Uebertragung der Syphilis durch das Ei stattfindet, sondern auch die im mütterlichen Organismus produzierten löslichen Syphilisgifte dauernd in den Blutkreislauf des werdenden Embryos hineindringen und diesen vergiften. Sind beide Eltern zur Zeit syphilitisch, so ist der Prozentsatz der Mortalität noch höher und erreicht fast 100 Proz. Zu einem ähnlichen Resultat wie Fournier gelangte Hyde in Chicago; derselbe konstatierte ebenfalls unter 1700 Schwangerschaften syphilitischer Frauen 579,

d. h. 34 Proz. Fehl- und Totgeburten. Es starben ferner im Laufe der ersten 12 Monate noch 956, zusammen also 1534 von 1700, d. h. 90 Proz.

Welche Organe sich hierbei am häufigsten erkrankt zeigen, davon giebt eine Statistik von Hecker Aufschluß, der bei 17 hereditär-syphilitischen Kindern die Milz 7mal, die Haut 17mal, die Lungen 14mal, Thymus und Nebennieren je 8mal, die Leber 7mal, das Gehirn 4mal, das Bauchfell 8mal, die Bauchspeicheldrüsen 1mal befallen fand. Birch-Hirschfeld fand unter 410 Leichen Neugeborener 124mal Zeichen von Syphilis, darunter 121mal Knochenerkrankungen, 28mal Erkrankung der Leber, 14mal der Lungen etc.; die Milz war fast ausnahmslos erkrankt.

Von der überlebenden Nachkommenschaft trägt ein Teil trotz zweckmäßiger Behandlung dauernd Zeichen schwerster körperlicher oder psychischer Entartung in Gestalt von Zwergwuchs, Taubstummheit, Lähmung, Idiotie etc. davon, nur ein Bruchteil wird wiederhergestellt und dauernd lebenskräftig. Das ist natürlich cum grano salis zu verstehen; denn auch noch die anscheinend gesunde Nachkommenschaft syphilitischer Eltern stellt ein minderwertiges Menschenmaterial dar, das namentlich in den ersten Lebensjahren allen Krankheiten gegenüber eine geringere Widerstandskraft darbietet, ja auch in den späteren Lebensjahren allerhand Zeichen von Schwäche, Minderwertigkeit und Abartung aufweist. Mit Bestimmtheit läßt sich das für alle Fälle nicht nachweisen — man ist nach dieser Richtung hin früher vielleicht etwas zu weit gegangen, indem man die verschiedensten Krankheitszustände Rhachitis, Syphilis, Psoriasis etc. auf hereditäre Syphilis zurückführte.

Neuerdings hat aber Fournier wieder die Degeneration der Nachkommenschaft Syphilitischer mit großem Nachdruck betont und zwar unterscheidet er:

1. Dystrophien der einzelnen Organe, der Zähne, der Augen, des Knochensystems, der Gefäße, des Centralnervensystems (Taubstummheit etc.),

2. Allgemeine Dystrophien in Form von auffallender Lebensschwäche und Hinfälligkeit, von Infantilismus oder wirklich rhachitischem Typus,

3. Mißgeburten (Monstrositäten), von denen ein auffallend großer Teil auf Syphilis zurückzuführen ist.

Aber die Syphilis überträgt sich manchmal auch noch auf die zweite Generation, in welcher, wie genauere Nachforschungen wiederum Fournier'scher Schüler gezeigt haben, oft neben einer großen Zahl von Aborten und Totgeburten sich bei den Ueberlebenden Erscheinungen der hereditären Syphilis in deutlicher Form wieder erkennen lassen. Sollten diese Beobachtungen weitere Bestätigung finden, dann müssen wir die Syphilis in der That als einen mächtigen Faktor, der zur Degeneration der menschlichen Rasse beiträgt, betrachten. Und es erscheint nicht unmöglich, daß die Inferiorität der städtischen Bevölkerung gegenüber der Landbevölkerung und den vom Lande Eingewanderten zu einem großen Teil der syphilitischen Durchseuchung und der durch sie gesetzten Entartung zuzuschreiben ist.

B. Verbreitungsweise der Syphilis.

Obwohl wir den Erreger der Syphilis nicht kennen, sind wir über die Art, wie sich dieselbe verbreitet, besser orientiert als bei vielen Affektionen, deren Erreger uns genau bekannt sind. Eine Jahrhunderte lang fortgesetzte, genaue klinische Beobachtung hat hier zu ziemlich klaren Vorstellungen geführt.

Danach ist, damit eine Ansteckung zustande kommt, bei dem zu Infizierenden stets eine, wenn auch noch so geringfügige Verletzung der Oberhaut oder wenigstens ihrer Hornschicht erforderlich, da die unversehrte Haut, sowie die intakte Schleimhaut erfahrungsgemäß eine undurchdringliche Schutzdecke gegen das Syphilisgift bildet. Es erklärt sich dadurch auch, daß gerade bei Gelegenheit des Geschlechtsverkehrs, wo die Geschlechtsorgane heftigen Reibnngen ausgesetzt sind, die Infektion am häufigsten eintritt.

Kontagiös ist eben nicht die bloße Berührung mit einem Syphilitischen, selbst nicht zur Zeit, wo derselbe mit frischen Krankheitserscheinungen behaftet ist; ansteckend sind auch dann nicht seine normalen Absonderungen: Harn, Speichel, Schweiß, Hautabschilferungen etc., (über Samen s. u.), ansteckend sind ferner nicht die von zusammenhängender trockner Oberhaut noch bedeckten, ohne Bildung feuchter Absonderungen einhergehenden Krankheitserscheinungen, wie Flecke, trockene Knötchen u. s. w.; ansteckend sind nur das Blut und zwar auch dieses wahrscheinlich nur zu der Zeit, wo der Krankheitserreger in demselben cirkuliert, sowie vor allem die von einer wunden Stelle abgesonderten Sekrete. Dort offenbar und dort allein kann der Krankheitserreger offen zu Tage treten*).

Kann somit die Syphilis als bestes Beispiel eines fixen Kontagiums gelten, so wird die Uebertragung dieses Kontagiums noch weiter bedingt dadurch, daß

1) dasselbe, wie die klinische Erfahrung lehrt, sehr häufig lange Zeit latent ist. Selbst in den ersten Jahren der Erkrankung vergehen oft Wochen und Monate, wo die Kranken keinerlei Erscheinungen aufweisen.

2) Daß nicht alle Krankheitserscheinungen durch den Krankheitserreger selbst hervorgerufen sind. Schon vor dem Auftreten der ersten Hautausschläge zeigt sich bei vielen Kranken eine Reihe von nervösen und allgemeinen Symptomen: Fieber, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Nachtschweiße, Gliederreißen, — Erscheinungen, die mit Recht als Intoxikationsphänomene aufgefaßt werden, bedingt durch die von dem Krankheitserreger abgesonderten „Syphilitoxinen". Auch manche Hautausschläge mögen, wie wir Aehnliches ja nach Injektion von Diphtherieheilserum etc. beobachten, nicht durch die Anwesenheit des Krankheitserregers in der Haut, sondern auf die Cirkulation toxischer Substanzen in den Hautgefäßen zurückzuführen sein. Auch derartige Krankheitsprodukte würden natürlich nicht infektiös sein.

---

*) Finger hält auch die normalen Absonderungen Syphilitischer für kontagiös, ferner die pathologischen, aber nicht syphilitischen Sekrete Luetischer, z. B. Impfpusteln, Aknepusteln etc. Ersteres ist meines Erachtens gar nicht, letzteres nur zum Teil zutreffend; so hat Neisser gezeigt, daß das zellenfreie Serum von Impfpusteln Syphilitischer nicht ansteckt. Aber der Syphiliserreger geht selbst in die zellhaltigen Sekrete wohl nur zeitweise über, vornehmlich dann, wenn er gerade im Blut cirkuliert. Für die Praxis kann man an dem im Text eingenommenen Standpunkt festhalten.

3) Das Kontagium scheint mit der Zeit allmählich an Virulenz abzunehmen und erzeugt in späteren Krankheitsperioden Krankheitsprozesse, deren Absonderung nicht mehr kontagiös sind.

Jaddassohn erklärt die Nichtkontagiosität der sog. tertiären Krankheitsprodukte durch die minimale Quantität von Mikroorganismen, die in denselben enthalten seien. Seine Hypothese würde auch die Fälle, wo „sekundäre" und „tertiäre" Symptome an einem Individuum zu gleicher Zeit vorkommen, erklären, sowie die — freilich sehr seltenen — Fälle, in denen durch tertiäre und gummöse Krankheitsprodukte Syphilis übertragen worden ist.

Aus diesen Darlegungen ergiebt sich zunächst, daß nicht jeder Beischlaf mit einem syphilitischen Individuum mit Notwendigkeit eine Ansteckung zur Folge haben muß, sondern daß zu einer solchen Ansteckung noch ganz besondere Voraussetzungen zutreffen müssen, vor allem das Bestehen von Feuchtigkeit absondernden Krankheitsprodukten. Und da wir wissen, daß selbst bei Individuen, bei denen die Krankheit sich noch in den frischesten Stadien befindet, solche Erscheinungen — Knötchen, Papeln, Kondylome — nur zeitweise und stellenweise auftreten, so können wir selbst einen zweifellos syphilitischen Menschen nicht bedingungslos als eine Quelle der Syphilis ansehen. Eine Gefahr aber für die öffentliche Gesundheit bildet derselbe auf jeden Fall, da Krankheitsprodukte, wie die genannten jeder Zeit auftreten können, da sie erfahrungsgemäß mit Vorliebe im Munde und an den äußeren Genitalien auftreten und dort außerordentlich leicht — durch Verlust ihrer Hautdecke — wund werden, sodaß der Patient in jedem Augenblick zur Quelle der Syphilis werden kann. Und diese Wunden sind so unbedeutend, daß sie von dem Patienten selbst häufig gar nicht bmerkt werden.

Die für die öffentliche Gesundheitspflege höchst wichtige Frage, wie lange die Ansteckungsfähigkeit der Syphilis dauert, ist offenbar von der Dauer der Anwesenheit und der Virulenz des Kontagiums abhängig. Eine exakte Zeitangabe läßt sich dafür nicht machen; ist doch der Verlauf der Erkrankung bei den verschiedenen Individuen ein so verschiedener, daß auch die Ansteckungsfähigkeit innerhalb außerordentlich weiter Grenzen schwanken muß. Es giebt Patienten, die, nachdem sie die ersten Erscheinungen der Allgemeinerkrankung überwunden und eine regelrechte antisyphilitische Kur durchgemacht haben, niemals wieder irgendwelche Krankheitserscheinungen aufwiesen, Individuen, die während der ganzen auf die Infektion folgenden Jahre mit ihrer Frau oder Geliebten in regulärem geschlechtlichen Verkehr standen, ohne diese zu infizieren. Das ist aber nicht die Regel.

Nach den Beobachtungen von Sperk schwankt die Dauer des „kondylomatösen" Stadiums, d. h. des Stadiums, innerhalb dessen die kontagiösen Kondylome aufzutreten pflegen, zwischen mehreren Monaten und 7 Jahren, nach J. Neumann zwischen 2—29 Monaten. Letzterer hat bei 303 Frauen 249 mal Papeln am Mund, After und an den Genitalien, die meisten im 4., 5., 6., 7. Monat (je nach dem Monat 28, 41, 38, 29mal), aber auch noch im 20.—26. Monat 10mal und im 29. Monat nach der Erkrankung einmal gefunden. Ich selbst habe im Jahre 1889 unter einem Material von 210 poliklinischen Fällen, die ich hierauf geprüft habe, in der Regel ein früheres Stadium, den 3.—5. Monat nach der Ansteckung als den Höhepunkt der Infektionsgefahr ge-

funden, jedoch auch noch 3 und 4 Jahre nach der Infektion nässende Papeln am Munde und an den Genitalien beobachtet.

Auf der anderen Seite sind Fälle mitgeteilt worden, wo eine Uebertragung angeblich noch 20 Jahre nach der Infektion stattgefunden hat. Ich selbst habe Fälle von Uebertragung der Syphilis 8 Jahre nach der Ansteckung, einen nach 12 Jahren gesehen, Feulard hat 21 Fälle zusammengestellt, darunter 16, wo eine Infektion zwischen 4 und 10 Jahren nach der Erkrankung erfolgte, die übrigen zwischen 10 und 20 Jahren (?) und zwar erfolgte die Infektion:

2mal durch Konzeption
5 „ „ Erosionen am Penis
2 „ „ Ulceration „ „
6 „ „ Erosionen der Mund- und Zungenschleimhaut } also durch sogenannte sekundäre Symptome
2 „ „ Gummata der Genitalien, also durch tertiäre Produkte.

Tarnowsky hat durch seinen Schüler Tschistjakow 1000 Syphilisfälle zusammenstellen lassen, die länger als 5 Jahre beobachtet worden sind. Bei diesen dauerte die kondylomatöse Periode im Mittel 5 Jahre; von denselben zeigten:

802	Kranke	kondylomatöse	Symptome	nur innerhalb der ersten	5 Jahre
167	„	„	„	nach dem	5. „
26	„	„	„	„ „	10. „
5	„	„	„	„ „	15. „

In 14 von diesen Fällen wurde eine Uebertragung beobachtet 5, 6, 9, 10 und in einem Falle 15 Jahre nach der Erkrankung*).

Im Einzelfalle das Erlöschen der Ansteckungsfähigkeit zu konstatieren, ist völlig unmöglich, da ja die völlige Abwesenheit von Krankheitszeichen nicht davor schützt, daß in den nächsten Wochen oder Monaten doch neue und zwar kontagiöse Formen der Krankheit von neuem auftreten. Für die Praxis haben wir uns daran gewöhnt, die Infektionsgefahr als erloschen zu betrachten, wenn 4 Jahre seit der Infektion verflossen und 1 Jahr lang und darüber keinerlei Krankheitssymptome bemerkbar geworden sind. Selbstverständlich handelt es sich hier nur um eine — freilich aus vielfachen Beobachtungen geschöpfte — Wahrscheinlichkeitsannahme, die aber gelegentlich einmal durch eine gegenteilige Erfahrung eingeschränkt wird.

Wohl während der ganzen Dauer der Krankheit zeigt sich bei den Syphilitischen eine Immunität gegen eine neue syphilitische Infektion, welche ziemlich früh, wahrscheinlich mit dem Auftreten der ersten Allgemeinerscheinungen beginnt, und bei den meisten Patienten, auch bei denen, die von ihrer Syphilis völlig geheilt sind, das ganze Leben überdauert, sodaß ein zweimaliges Befallenwerden von Syphilis ein außerordentlich seltenes Vorkommnis ist. Was die Immunität bei Syphilis von der Immunität bei anderen Infektionskrankheiten unterscheidet, ist die eigentümliche Erscheinung, daß sie keine vollkommene ist. Sie schützt zwar den Patienten gegen eine erneute Infektion von außen her, aber sie verhütet nicht das immer wieder erneute Auftreten von Krankheitserscheinungen, die, aus ihrer

*) Ganz einwandsfrei sind wohl diese Fälle nicht alle; hier und da mag wohl die Ansteckung durch einen dritten erfolgt sein. Soviel ist klar, dafs wir es hier nur mit ganz verschwindenden Ausnahmen zu thun haben.

Kontagiosität zu schließen, den Syphiliserreger enthalten und durch ihn verursacht sein müssen. Der Syphilitiker ist also gegen seine eigenen Syphilisbacillen nicht immun, oder nur insoweit, als dieselben bei ihm nicht mehr wie bei Gesunden einen Primäraffekt zu erzeugen imstande sind.

Gottstein leugnet diese Immunität, zum mindesten hält er die zu ihrer Begründung aufgeführten Beweise nicht für stichhaltig. Die Wahrscheinlichkeit, ein zweites Mal Syphilis zu acquirieren, sei äußerst gering, und wahrscheinlich nicht größer als die Zahl der wirklich aufgetretenen Reinfektionen. Neißer, der diese Frage neuerdings wieder einer genaueren Betrachtung unterzogen hat, hält diesen Einwand für berechtigt. Er selbst erwähnt, daß jüngere, unverheiratete Personen, die meistens mit Prostituierten verkehren, sich notwendigerweise viel leichter infizieren müßten, als ältere Männer, die, selbst wenn sie unverheiratet seien, ein geringeres sexuelles Bedürfnis hätten und dieses meist nicht bei Prostituierten zu decken pflegten. Dieser Zweifel ist aber längst entkräftet durch die Statistik Sperk's, welcher schon im Jahre 1873 gezeigt hat, daß sämtliche Prostituierten im Laufe weniger Jahre immun gegen Syphilis werden (s. S. 61). Diese Erscheinung mit Neißer durch die oft erneute Zufuhr von Virusmaterial, welche eine stärkere Immunität zur Folge habe, zu erklären, scheint mir verfehlt. Einmal giebt man damit die Möglichkeit einer Immunisierung überhaupt zu, und dann bedarf man noch der höchst unwahrscheinlichen Hypothese, daß eine Immunität, die durch eine mit deutlichen Symptomen einhergehende Infektion nicht oder doch nicht genügend erzielt sei, durch spätere wiederholte Infektionen erreicht werde, Infektionen, die aber gar nicht in Erscheinung treten.

Daß diese Immunität auf die gleiche Weise zustande kommt, wie bei den meisten übrigen Infektionskrankheiten, d. h. durch die Einwirkung von Toxinen, welche die Bildung von Antikörpern zur Folge haben, wird wahrscheinlich gemacht durch die schon lange vor der modernen bakteriologischen Aera bekannt gewesene Thatsachen, daß Kinder syphilitischer Mütter, ohne selbst zu erkranken, gegen Syphilis immun sind (Profeta'sches Gesetz), und daß Mütter, die, ohne von dem Manne angesteckt zu sein, eine vom Vater her syphilitische Frucht getragen haben, ebenfalls längere Zeit gegen Syphilis geschützt sind (Colles-Beaumès'sches Gesetz). Das erklärt sich ungezwungen durch die Annahme, daß durch die Placenta hindurch lösliche Substanzen filtrieren, welche in dem nicht infiziertem Organismus die gleiche Immunität hervorrufen, wie in dem infizierten. Ob nur die schon fertig gebildeten Schutzkörper übergehen, die Immunität also eine passive ist, oder ob der embryonale Organismus durch die hindurchfiltrierenden Toxine selbstthätig zur Bildung von Schutzkörpern angeregt wird, ob beide Arten von Immunität neben einander bestehen, darüber geben die klinischen Erfahrungen keinen Aufschluß. Die Thatsache, daß die Immunität im späteren Leben meist nicht mehr vorhanden ist, scheint mehr für eine passive Immunität zu sprechen.

Nun ist jedoch die Placenta für den Syphiliserreger kein absolut zuverlässiges Filter und zwar, wie es scheint, in denjenigen Fällen, wo sie selber erkrankt ist; dann wird die Mutter von der Frucht aus infiziert (Syphilis par conception, Syphilis de grossesse) oder die Frucht von der Mutter her. Auf diese Weise kommt z. B. die ererbte Syphilis zustande in all den zahlreichen

Fällen, wo die nach der Befruchtung erfolgte Infektion der Mutter (bei gesundem Vater) die Geburt einer syphilitischen Frucht zur Folge hatte (s. o. S. 6).

Bayet, **Ad.**, *De l'admissibilité des syphilitiques aux assecurances. Rapport présenté au premier Congrès international des médecins de compagnies d'assecurances, Bruxelles* 1899.

Birch-Hirschfeld, *Lehrbuch der pathol. Anat.*, 3. *Aufl.*

Diday, *s.* **Mauriac**, *l. c.* 103.

Ehlers. *Neue Statistik über* 1501 *Fälle von tertiärer Syphilis*, *Verh. d. Deutsch. dermat. Ges. IV. Kongr.* 1894, 301.

Elsenberg-Sterling, *Zur Kasuistik der Syphilis*, *Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, 31. *Bd.* (1897) 373.

Feulard, *Durée de la période contagieuse de la syphilis. Rapport présenté au III. Congrès international de dermatologie et syphiligraphie*, *Ann. de dermat. T.* 7. (1896) 1025.

Finger, *Rapport zur* 2. *Frage: L'organisation actuelle de la surveillance médicale de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration? Brüsseler Konferenz* 1899, 1. *Bd.* 1. *Heft* 441.

Fournier, *Danger social de la syphilis*, *Rapports préliminaires de la Conférerence intern. pour la prophylaxie de la syph. et des maladies vénér. Bruxelles* 1899.

Gottstein, **A.**, *Die erworbene Immunität bei den Infektionskrankheiten des Menschen*, *Berliner Klinik* (1897) *Heft* 111.

Haslund, *Ueber die Häufigkeit und die Ursachen der tertiären Lues. Verh. d. X. intern. med. Kongr.* 13. *Abt. Berlin* 1890.

Hecker, *Beiträge zur Histologie und Pathologie der kongenitalen Syphilis*, *sowie zur normalen Anatomie des Foetus und Neugeborenen*, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 61. *Bd.* (1898).

Hyde, **J. Nevins**, *What conditions influence the course of infantile syphilis* (*Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis des Kindes*), *Med. News.* 71. *Bd.* (1890); *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 27. *Bd.* (1898) 360.

Jadassohn, *Zur allgemeinen Pathologie und Statistik der tertiären Syphilis*, *Verh. d. Deutsch. dermat. Ges. V. Kongr.* 3. *Sitzg.* 1896.

Jullien, *Recherches sur l'étiologie de la syphilis tertiaire*, *Paris* 1874; *Essai de statistique sur la syphilis tertiaire*, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, (1874).

Mauriac, *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, *Paris* 1890.

Neisser, *Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis und was haben wir von ihr zu erhoffen? Eine kritische Uebersicht und Materialiensammlung. Arch. f. Dermat. u. Syph.* 44. *Bd.* (1898) 431.

Neumann, *Ueber die Spätformen der Syphilis*, *Vortr. i. d.* 3. *Sitzg. d. II. intern. dermat. Kongr. zu Wien im Jahre* 1892, *Wien u. Leipzig* 1893; *Zur Prophylaxe der Syphilis*, *ein Beitrag zur Lösung der Prostitutionsfrage*, *Wien* 1889, *Beilage zur Intern. hyg. Rdsch.*; *Wien. med. Wochenschr.* (1895). *No.* 49.

Popow, *Ueber die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Kursk* 1884 *u.* 1885, *II. Kongr. russ. Aerzte zu Moskau* 1888, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 6. *Bd.*

Raff, **J.**, *Zur Statistik der tertiären Syphilis*, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 36. *Bd.* (1896).

Rollet *s.* **Mauriac**, *l. c.* 102.

Sandberg, **Dina**, *Syphilis im russischen Dorf*, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 31. *Bd.* (1895) *Heft* 3; *Monatsh.* 21. *Bd.* (1895) 137.

Sederholm, **E.**, *Beitrag zum Vorkommen der Symptome von tertiärer Syphilis unter den Prostituierten*, *Nordisk med. Arkiv* (1893) *No.* 18; *Monatsh.* 20. *Bd.* (1895) 65.

Sperk, **Eduard Léonard**, *Oeuvres complètes*, *syphilis*, *prostitution*, *Etudes médicales diverses avec préface de Lancereux*, *trad. du russe par* **Oelsnitz** *et* **de Kervilly**, *Paris* 1896, 706 *et* 684 *pp.*

Tarnowski, *Duration of period of contagion in syphilis* (*discussion*), *Official Transact. of the III. intern. Congr. of dermat. London* 1896 (*London* 1898, 486).

Tschistjakoff, *Die condylomatöse Periode der Syphilis. Inaug.-Diss. Petersburg* 1894; *Ref. im Arch. f. Dermat. etc.* 32. *Bd.* 300.

Vajda, *Comptes rendus du Congrès intern. de dermat. et syph.* 1889, 299.

Die Gonorrhoe.

A. Prognose der Gonorrhoe.

Die Bedeutung der Gonorrhoe ist lange Zeit hindurch unterschätzt worden. Man hielt den Tripper für einen ziemlich harmlosen

Katarrh der Geschlechtsorgane, der sich beim Manne in der Regel auf die Harnröhre und deren Anhänge, bei der Frau auf die Scheide und die Cervix beschränkt. Diese Anschauungen haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten gründlich geändert.

Daß in einer Reihe von Fällen die Gonorrhoe beim Manne (seltener bei der Frau) innerhalb der harnbereitenden Organe aufsteigen und dort mehr oder minder schwere septische Erscheinungen im Gefolge haben kann, ist eine schon lange bekannte klinische Thatsache; aber immerhin trägt diese aufsteigende Gonorrhoe, soweit sie durch den Gonococcus selbst und nicht durch hinzutretende Sekundärinfektionen bedingt wird, den Charakter einer rein lokalen Affektion. Erst in dem letzten Decennium hat sich allmählich die Anschauung Bahn gebrochen, daß in nicht wenigen Fällen die Gonorrhoe den Charakter einer echten Infektionskrankheit annimmt. Von seiten der Chirurgen, neuerdings namentlich von König, ist darauf hingewiesen worden, daß die im Gefolge der Gonorrhoe auftretenden Gelenkentzündungen nicht selten einen weit bösartigeren Charakter anzunehmen pflegen, als man bisher geglaubt hatte, und daß ein großer Teil der schweren und selbst schwersten eitrigen mono- und polyartikulären Gelenkentzündungen — Erkrankungen, wie sie in Großstädten außerordentlich häufig beobachtet werden — auf Gonorrhoe zurückzuführen sind. Der Nachweis der Gonokokken in den erkrankten Gelenken gelingt auch in einem großen Teil dieser Fälle. Seitens der inneren Kliniker wird, nachdem zuerst Wertheim in den Blutgefäßen einer erkrankten Blase Gonokokken nachgewiesen hat, das Eindringen der Gonokokken in die Blutbahn immer häufiger beobachtet. Die Beziehungen der Gonorrhoe zur Endocarditis sind durch die Arbeiten von Leyden, Michaelis, Dauber und Borst klargelegt worden; auch eine Reihe von Erkrankungen des Rückenmarks und der peripheren Nerven wird von französischen Autoren, in Deutschland von Leyden und seiner Schule auf die Gonorrhoe zurückgeführt. Inwieweit Veränderungen des Allgemeinbefindens, Fieber und Exantheme, welche hier und da im Verlauf der Gonorrhoe beobachtet werden, auf den Gonococcus zurückzuführen sind, darüber ist bei den spärlichen hierüber vorliegenden Angaben zur Zeit ein Urteil noch nicht zu fällen; so viel aber steht fest, daß der Tripper die leichte und kaum zu beachtende Erkrankung, als welche er bei dem größten Teil der männlichen Jugend heute noch immer gilt, keineswegs ist, daß vielmehr die Folgen einer gonorrhoischen Infektion für den Träger unabsehbar sind, und der Tripper für die öffentliche Gesundheitspflege eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat.

Das gilt in weit höherem Maße für die gonorrhoische Infektion, insoweit sie sich im weiblichen Organismus abspielt.

Im Jahre 1872 stellte zuerst Noeggerath die Behauptung auf, 1) daß eine Frau, die zu irgend einer Zeit ihres Lebens einen akuten Tripper durchgemacht habe, später, sei es nach Monaten oder nach Jahren, einen oder mehrere Anfälle von Perimetritis zu gewärtigen habe, 2) daß eine Frau, deren Mann zu irgend einer Zeit seines Lebens vor oder während der Ehe eine Gonorrhoe durchgemacht habe, in gleicher Weise eine Erkrankung an Perimetritis zu gewärtigen habe, 3) daß diese Erkrankung in vielen Fällen ein jahrelanges Siechtum der Frau bedinge, und schließlich, daß die Frauen der Männer, die je eine Gonorrhoe gehabt haben, steril seien. Wenn auch diese An-

gaben Noeggerath's sich als übertrieben herausgestellt haben, so wissen wir jetzt, daß die Gonorrhoe beim Weibe eine außerordentlich schwere Erkrankung des Genitaltractus darstellt und die Gesamtfunktion des Zeugungsapparates vernichten kann. Wenn dieselbe auch in den ersten Stadien zunächst nur die Urethra, die Bartholini'schen Drüsen und die Cervicalschleimhaut ergreift, so pflegt sie in einer großen Zahl von Fällen im Uterus aufzusteigen und kann von dort aus in die Tuben gelangen. In welchem Prozentsatz der Fälle dieses geschieht, ergiebt sich aus folgender Statistik, welche Klein nach den Angaben verschiedener Autoren zusammengestellt hat. Danach lokalisiert sich die Gonorrhoe

in der Urethra (akute Infektion)	in	100	Proz.
„ der Urethra (akute und chronische Infektion)	„	62—95	„
„ der Cervix	„	47—72	„
im Uterus	„	14—50	„
in der Vagina	„	23—40	„
„ den Bartholini'schen Drüsen	„	30	„
„ der Vulva	„	12—25	„
„ der Tube	„	3,6—33	„

Rechnet man nur die chronischen Erkrankungen zusammen, so wird der Anteil des Uterus und seiner Adnexe ein bei weitem größerer. So hat Ad. Schmitt gezeigt, daß unter 116 Fällen gonorrhoischer Infektion 27mal, d. h. in 23,3 Proz., die Anhänge (Eileiter, Eierstöcke etc.) miterkrankt waren. Soviel steht jedenfalls fest, daß eine große Reihe der langwierigsten und schmerzhaftesten Leiden der Gebärmutter, der Eileiter, der Eierstöcke etc. gonorrhoischer Natur sind; die Frage steht nur offen, ob alle diese Erkrankungen allein auf den Gonococcus zurückzuführen sind, oder ob noch ein Hinzutreten anderer pathogener, speziell eitererregender Mikroorganismen zum Zustandekommen dieser Erkrankungen erforderlich ist. Man hat namentlich auf die Thatsache hin, daß im Anschluß an das Wochenbett sehr häufig schwere gonorrhoische Infektionen auftreten, an derartige sogenannte „Mischinfektionen“ gedacht; aber seitdem Wertheim u. a. auf dem Wege der Reinkultur in dem Eiter von Eierstocksabscessen stets den Gonococcus haben nachweisen können, nachdem experimentell an Tieren Bauchfellentzündung durch Impfung des Gonococcus erzeugt worden ist — und nachdem dieser neuerdings von verschiedenen Seiten in dem Eiter von Bauchfellentzündungen bei Frauen nachgewiesen ist, kann die Beziehung des Gonococcus zu diesen schweren Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane nicht mehr geleugnet werden.

(Uebrigens haben Wassermann und Schäffer gezeigt, daß in geschlossenen Eitersäcken der Gonococcus mit der Zeit abstirbt und trotzdem die Resorption der toxischen Substanzen, welche in den toten Gonokokkenleibern enthalten sind, genau die gleichen klinischen Erscheinungen machen kann, die bei der Anwesenheit der Gonokokken selbst beobachtet sind.)

Daß diese chronischen Erkrankungen oft zu einem dauernden Siechtum führen, und für die Frau eine Quelle häufig sich wiederholender schwerster Leidensattaquen bilden, daß sich namentlich die Hysterie gern im Gefolge der chronischen Gonorrhoe ausbildet, will ich hier nur kurz erwähnen. Von besonderer Bedeutung aber ist es, daß ein großer Teil der Frauen durch die chronische Gonorrhoe zur

absoluten Sterilität verurteilt wird. So fand Noeggerath, daß von 81 Frauen, deren Männer früher an Gonorrhöe gelitten hatten, 49, d. i. 60,5 Proz. absolut steril waren. Von 87 sterilen Ehen war in 62, d. i. in 71,3 Proz. nachweisbar Gonorrhoe die Ursache. Berechnet man mit Glünder den Prozentsatz der sterilen Ehen auf 12,34 Proz., so sind somit 8,8 Proz. aller Ehen infolge Gonorrhoe steril. Freilich muß man bedenken, daß ein Teil der Schuld hieran natürlich auch auf die Erkrankung der männlichen Genitalorgane fällt. Wie weit diese in Frage kommt, geht aus den Untersuchungen Benzler's hervor, welcher an einem Material von mehreren Hundert Ehen früherer Gonorrhoiker gezeigt hat, daß

	absolute Sterilität	Einkindsterilität	Gesamtsterilität
nach einfacher Gonorrhoe	in 10,5 Proz.	17,3 Proz.	27,8 Proz.
nach einseitiger Hodenentzündung	„ 23.4 „	13.5 „	36.9 „
nach doppelseitiger Hodenentzündung	„ 42,7 „	20.8 „	63,5 „

eintrat.

Da nach Benzler's eigenen Angaben nur in etwa 23 Proz. der Fälle, in welchen doppelseitige Hodenentzündung bestanden hatte, die Samenfäden geschwunden waren, so muß von den 42,7 Proz absolut steriler Ehen in den noch fehlenden 19,7 Proz., und wenn man beide Sterilitätsarten zusammenrechnet, in mindestens 39 Proz. der Ehen die Erkrankung der weiblichen Genitalorgane Schuld an der Sterilität gewesen sein.

Eine der schlimmsten Folgen der Gonorrhoe ist die Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, der Augentripper der Neugeborenen, welcher dadurch zustande kommt, daß bei oder kurz nach der Geburt das Scheidensekret der erkrankten Mutter in die Augen des Kindes dringt und dort eine schwere, oft zum völligen Verlust der Sehkraft führende Entzündung hervorruft. Die Zahl der unheilvollen Ausgänge dieser Erkrankung ist selbst jetzt, wo durch das sogenannte Crédé'sche Verfahren — d. i. die Einträpfelung 2-proz. Höllensteinlösung in die Augen aller (in Entbindungsanstalten) zur Welt kommenden Kinder — der Entstehung der Ophthalmoblennorrhoe in wirksamer Weise vorgebeugt wird, noch außerordentlich groß, so groß, daß man

in Berlin	21,35 Proz.	in München	73,75 Proz.
„ Wien	31,0 „	„ Budapest	47,89 „
„ Breslau	35,1 „		

unter den Insassen der Blindenanstalten ermittelte, deren Blindheit auf Blennorrhoe zurückzuführen war. Nach Lamhofer's, Gräfe's und Horner's Mitteilungen steigt dieser Prozentsatz in einzelnen Anstalten auf 60—79 Proz.! Und dabei berechnet Magnus den jährlichen Verlust an Nationalvermögen, den die 22000 Blinden Preußens ihrem Vaterlande verursachen, auf 20 Millionen!

B. Verbreitungsweise der Gonorrhoe.

Die Verbreitung des Trippers erfolgt, von den Fällen von Ophthalmoblennorrhoe abgesehen, fast ausschließlich durch die Geschlechtsorgane, insbesondere durch den Geschlechtsverkehr, da der Gono-

coccus in seinen Metastasen nicht an die Oberfläche zu treten pflegt*). Anders wie der Syphiliserreger vermag der Gonococcus in die intakte Schleimhaut der Genitalorgane einzudringen und in derselben Fuß zu fassen. Dafür spricht nicht nur die klinische Erfahrung, sondern auch das Ergebnis der Impfversuche, bei welchen Reinkulturen des Gonococcus, einfach auf die gesunde Harnröhre gebracht, ohne irgend eine Verletzung derselben Gonorrhoe zu erzeugen imstande waren.

Zum Zustandekommen der Infektion ist notwendig:

1) bei dem Kranken, daß derselbe lebensfähige Gonokokken zu übermitteln imstande ist;

2) bei dem Gesunden, daß derselbe für die Gonokokkenaufnahme fähig ist. Inwieweit im einzelnen Falle eine Immunität gegen den Gonococcus anzunehmen ist, werden wir weiter unten sehen. Für die Allgemeinheit läßt sich sagen, daß eine solche Immunität weder angeboren noch erworben zu bestehen pflegt.

Das gonokokkenhaltige Sekret, welches eine Uebertragung der Gonorrhoe bewirkt, stammt beim Manne aus der Urethra, aus der Prostata oder aus sog. paraurethralen Gängen, welche in der Umgebung der Urethra liegen und ebenfalls häufig Sitz gonorrhoischer Erkrankungen sind. Bei der Frau entstammt das Sekret den Bartholinischen Drüsen, der Urethra, der Vagina oder dem Uterus. Zum Zustandekommen einer Infektion ist nicht erforderlich, daß ein grob nachweisbares Sekret vorhanden ist. Oft finden sich im Urin nur feinste Fädchen, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung als gonokokkenhaltig erweisen. Auch ist nicht erforderlich, daß das Sekret eitrigen Charakter trägt. Erforderlich ist immer nur zum Zustandekommen einer Kontagion die Anwesenheit der Gonokokken.

Wie lange dauert nun die Kontagiosität der Gonorrhoe? Nach Noeggerath ist dieselbe eine unbegrenzte, da der Tripper auch beim Manne in 90 Proz. aller Fälle nie geheilt werde. Nun giebt es zweifellos solche Fälle, in welchen eine Heilung der Gonorrhoe – auch bei Männern — sowie ein Verschwinden der Gonokokken durch keinerlei Mittel zu erzielen ist. Doch lehrt schon die relative Seltenheit steriler Ehen im Vergleich zur Häufigkeit der männlichen Gonorrhoe (s. u. S. 31), daß die Noeggerath'sche Berechnung falsch sein muß. Freilich läßt sich eine exakte Antwort auf die Frage nach der durchschnittlichen Dauer der Kontagiosität und nach dem Prozentsatz der gänzlich unheilbaren Fälle nicht geben. Soviel ist klar, daß eine völlige Heilung erst mit dem dauernden völligen Fehlen der Gonokokken gegeben sein kann. Für die Praxis läßt sich ein absoluter Nachweis einer solchen völligen Heilung kaum erbringen. Wir werden uns immer nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit und mit dem Nachweis der relativen Ungefährlichkeit eines Falles begnügen müssen, d. h. mit dem Nachweise, ob und inwieweit die Chancen einer Infektion im Laufe einer Gonorrhoe sich herab-

*) Bei kleinen Mädchen kommt nicht selten eine Gonorrhoe schon dadurch zustande, daſs dieselben mit der erkrankten Mutter in einem Bette zusammen schlafen, ein Handtuch oder einen Schwamm gemeinsam benutzen oder in derselben Badewanne baden. Durch einen solchen Infektionsmodus ist auch im Jahre 1890 in der Stadt Posen eine Epidemie von gonorrhoischer Vulvovaginitis unter 236 kleinen Mädchen ausgebrochen, welche sämtlich in ein und demselben Bassin einer städtischen Badeanstalt Soolbäder nahmen. Derartige Epidemien gehören aber wohl zu den gröſsten Seltenheiten.

mindern. Dieser Nachweis wird erbracht sowohl durch die klinische Beobachtung, als auch durch die histologische und bakteriologische Untersuchung der gonorrhoischen Sekrete:

1) Von vielen Gynäkologen (Saenger, Broese und Schiller) wird bei der Frau, von anderen Autoren (Oberländer, Kollmann) auch für den Mann einzig und allein der klinische Nachweis, daß alle sichtbaren und fühlbaren Krankheitserscheinungen geschwunden sind, als Maßstab der erfolgten Heilung betrachtet. Wie trügerisch dieses Moment ist, wenn man unter Heilung auch das Verschwinden der Krankheitsursache, des Krankheitserregers versteht, geht schon daraus hervor, daß bekanntlich viele gonorrhoische Abscesse der Adnexe sich als steril erweisen und man dieselben als verursacht durch die Wassermann'schen Toxine deuten muß. Der Charakter des Cervicalsekrets ist ebenfalls für die Kontagiosität desselben nicht entscheidend: rein glasiges Cervicalsekret kann Gonokokken enthalten und kontagiös sein, während eitriges Sekret oft genug gonokokkenfrei und nicht kontagiöser Natur ist.

Auch bei der männlichen Urethritis bilden sich im Anschluß an die wirklich kontagiösen Gonorrhöen chronische Katarrhe heraus, die entweder durch andere nachweisbare Mikroorganismen oder durch anderweitige uns nicht bekannte Ursachen unterhalten werden und die, wie vielhundertfache Erfahrung lehrt, niemals Veranlassung zu einer Ansteckung geben.

2) Auch die histologische Untersuchung der abgesonderten Sekrete kann als sicheres Verfahren zur Beurteilung der Kontagiosität nicht erachtet werden. Hammer hat darauf hingewiesen, daß in gonokokkenhaltigem Urethralsekret die Eiterzellen die Epithelzellen an Zahl meist zu überwiegen pflegen, während vorwiegend epitheliales Sekret meist gonokokkenfrei ist.

Abgesehen davon, daß das nur für Urethralsekret gilt, läßt sich dieses Moment nur als ein vorläufiger Anhaltspunkt für die entscheidende Gonokokkenuntersuchung ansehen.

3) Ueber den Wert der mikroskopisch-bakteriologischen Untersuchung für die Beurteilung der Kontagiosität gehen die Ansichten der Autoren noch weit auseinander. Daß der Nachweis vorhandener Gonokokken in irgend einem Sekret dessen Kontagiosität unwiderleglich darthut, wird von keiner Seite bestritten. Man hat geglaubt, daß die Gonokokken im Laufe des gonorrhoischen Prozesses entsprechend der Abnahme der klinischen Erscheinungen an Virulenz abnehmen, und daß in einem Sekret Gonokokken vorhanden sein könnten, ohne daß diese noch lebensfähig und eine Gonorrhoe zu erzeugen imstande seien. Insbesondere hat man gewisse, sich mit den üblichen Färbungsmethoden schlecht färbende Diplokokken als solche Involutionsformen, die an Virulenz eingebüßt haben, auffassen wollen. Ein Beweis für diese Hypothese ist bis jetzt nicht erbracht worden; vielmehr spricht die klinische Erfahrung, welche lehrt, daß bei völligem Fehlen krankhafter Erscheinungen noch Sekret übertragen werden kann, welches bei einem Gesunden eine akute virulente Gonorrhoe zu erzeugen imstande ist, dafür, daß man das Abklingen der klinischen Erscheinungen auf andere Momente als auf eine Abnahme der Virulenz der Gonokokken zurückführen muß.

Auch die Abnahme der Zahl der Gonokokken kann nur mit einer gewissen Vorsicht als Gradmesser der Virulenz einer

Gonorrhoe angesehen werden. Zweifellos geschieht eine Uebertragung der Erkrankung leichter durch ein gonokokkenreiches als durch ein gonokokkenarmes Sekret. Aber auch hier lehrt die Erfahrung, daß selbst ein überaus gonokokkenarmes Sekret nicht selten eine Infektion vermittelt. Ja, man kann sogar annehmen, daß in der Mehrzahl aller Fälle es die gonokokkenarmen Sekrete subakuter oder chronischer Gonorrhöen sind, welche die Gonorrhoe weitertragen, da akut erkrankte Patienten meist nicht den Coitus ausüben.

Es ist nicht festgestellt und läßt sich nicht feststellen, welchem Grade von Gonokokkenreichtum dieses oder jenes Maß von Kontagiosität, oder sagen wir lieber, von Gefährlichkeit entspricht. Für die Praxis kann man höchstens vermuten, daß, wenn sich in einem Präparate, das einem urethralen oder cervicalen Sekret entstammt, nur eines oder wenige vereinzelte Gonokokkenpaare finden, zur Zeit der Untersuchung wenigstens der Grad der Kontagiosität ein geringer gewesen sein muß.

Im Laufe einer heilenden akuten sowie im Verlaufe einer chronisch gewordenen Gonorrhöe schwinden zeitweilig die Gonokokken aus dem Sekret und sind selbst bei exaktester mikroskopischer Untersuchung dann nicht nachweisbar. Dem entspricht die klinisch regelmäßig zu beobachtende Thatsache, daß derartige Gonorrhoen zeitweise ihre Kontagiosität vollkommen verlieren. Solche Perioden von gonokokkenhaltigem und gonokokkenfreiem Sekret wechseln oft wiederholt mit einander ab und sind von verschieden langer Dauer. Dieser Wechsel ist offenbar dadurch bedingt, daß in der erkrankten Schleimhaut Gonokokken versteckt liegen, welche zeitweise Reizzustände bewirken und mit dem Sekret an die Oberfläche der Schleimhaut gelangen. Findet man nun in einem Falle gonokokkenfreies Sekret, so ist gar nicht zu berechnen, ob es sich nur um eine solche gonokokkenfreie Periode handelt, ob diese Periode von kurzer oder langer Dauer ist, oder ob die Erkrankung völlig beseitigt und eine Wiederkehr der Gonokokken überhaupt nicht mehr zu erwarten ist. Dieser Umstand veranlaßt manche Autoren, die mikroskopische Gonokokkenuntersuchung als völlig wertlos für die Beurteilung der Kontagiosität der Gonorrhoe hinzustellen. Eine absolute Entscheidung gewährt diese offenbar in keinem Falle. Besten Falles kann eine monatelang fortgesetzte Untersuchung, welche stets gonokokkenfreies Sekret ergiebt, eine erfolgte Heilung im höchsten Grade wahrscheinlich machen. Um dieses Maß zu erhöhen, ist vorgeschlagen worden, durch Einwirkung reizender Substanzen auf die erkrankte Schleimhaut (Argentumlösungen, Gonokokkentoxine, durch alkoholische Getränke, Coitus etc.) eine Reizung der in Frage stehenden Schleimhaut zu provozieren, oder die Untersuchung nach einer natürlichen Lockerung der Schleimhaut (kurz nach der Menstruation) vorzunehmen, ferner den Inhalt der Prostata und der anderen Anhangsdrüsen der Urethra durch mechanischen Druck zu entleeren. Eine absolute Sicherheit gewährt auch dieses Verfahren nicht; die Erfahrung lehrt, daß — selten zwar, aber doch zweifellos — Infektionen auch durch Fälle zustande gekommen sind, bei welchen wiederholte und unter den verschiedensten Umständen vorgenommene Untersuchung keine Gonokokken hat nachweisen lassen.

Hier ein Untersuchungsverfahren von einwandfreier Beweiskraft zu besitzen, wäre für die öffentliche und private Hygiene von un-

geheuerer Wichtigkeit. Die Frage, ob einem Heiratskandidaten, der früher einen Tripper durchgemacht hat, die Ehe zu gestatten sei, und die andere Frage, wann eine Prostituierte als gesund zur Ausübung ihres Gewerbes wieder zugelassen werden soll, können ohne ein solches Verfahren überhaupt nicht exakt beantwortet werden.

Benzler, *Sterilität und Tripper*, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 45. *Bd. Heft* 1.
Bröse, *Ueber die diffuse gonorrhoische Peritonitis*, *Berl. klin. Wochenschr.* (1896) *No.* 35.
Bröse u. Schiller, *Zur Diagnose der weiblichen Gonorrhoe*, *Sonderabdruck a. d. Berl. klin. Wochenschr.* (1898) *No.* 26.
Dauber u. Borst, *Maligne Endocarditis im Anschlufs an Gonorrhoe*, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 56. *Bd.* (1895).
Glünder, *Beitrag zur Frage der Sterilität bei latenter Gonorrhoe*, *Diss. Berlin* 1893.
Hammer, E., *Ueber Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus*, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 38. *Bd.* (1897) *Heft* 2; *Monatsh.* 24. *Bd.* 447.
Klein, Gustav, *Gonorrhoe der weiblichen Genitalien*, *Bibliothek d. ges. med. Wiss.*, *Wien, Prochaska*, 1894.
Kollmann *s. IV. Kongr. d. Deutsch. dermat. Ges. zu Breslau* 1894.
König, F., *Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung*, *Deutsch. med. Wochenschr.* (1896) *No.* 47.
Kromayer, *Was antwortet der Arzt dem heiratswilligen Gonorrhoiker? Münch. med. Wochenschrift* (1898) *No.* 24; **Neisser**, *Schlufswort hierzu*, *ebenda* (1898).
Leyden, v., *Ueber gonorrhoische Myelitis*, *Zeitschr. f. klin. Med.* 21. *Bd.* (1892); *Endocarditis gonorrhoica*, *Deutsch. med. Wochenschr.* (1893) *No.* 38; *Ueber die inneren Metastasen der Gonorrhoe*, *Dermat. Zeitschr.* 3. *Bd.* (1896); *Diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis mit Gonokokkenbefund*, *Verein f. innere Med.*, *Sitzg. v.* 27. *Nov.* 1899.
Michaelis, *Ueber einen neuen Fall von Endocarditis gonorrhoica*, *Zeitschr. f. klin. Med.* 29. *Bd.* (1896); *Zur Endocarditis gonorrhoica*, *Entgegnung an Herrn Dr. Wilms*, *Deutsch. med. Wochenschr.* 24. *Bd.* (1898).
Neisser, Behrend, Blaschko, Jadassohn, Kromayer *s. Diskuss. i. d. Berl. med. Ges.* 1898, *a. d. Strafsb. Kongr. d. Deutsch. dermat. Ges.* 1898.
Noeggerath, *Latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht*, *Bonn* 1872.
Oberländer, *Lehrbuch der Urethroskopie*, *Leipzig* 1893.
Sänger, M., *Die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht, ein klinischer Vortrag*, *Leipzig* 1889.
Schäffer, *Beitrag zur Frage der Gonokokkentoxine*, *Fortschr. d. Med.* (1897) *No.* 21.
Schmitt, A., *Zur Kenntnis der Tubengonorrhoe*, *Arch. f. Gyn.* 35. *Bd.* 188; *Inaug.-Diss* (*Würzburg*), *Leipzig* 1889.
Wassermann, *Ueber Gonokokkenkultur und Gonokokkengift*, *Berl. klin. Wochenschr.* (1897) *No.* 32.
Wertheim, *Die ascendierende Gonorrhoe beim Weibe*, *Arch. f. Gyn.* 41. *Bd.*

II. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Da die venerischen Krankheiten einer Anzeigepflicht im allgemeinen nicht unterliegen, und ihre Verbreitung auch in der Mortalität sich nicht widerspiegelt, so ist es nicht möglich, über die geographische Verbreitung derselben eine auf exakten Ziffern und statistischen Belägen beruhende genaue Vorstellung zu gewinnen. Man ist deshalb, um ein ungefähres Bild von der Verbreitung derselben auf der Erde zu gewinnen, auf die Berichte der verschiedenen Reisenden und Autoren, sowie auf vereinzelte Zahlenangaben angewiesen. Danach liegen die Verhältnisse ungefähr so: In den meisten Kulturstaaten haben, von einigen weniger erheblichen zeitlichen und örtlichen Differenzen abgesehen, die venerischen Krankheiten beständig einen ziemlich gleichen und beträchtlichen Grad von Verbreitung; freilich entfällt davon, wie wir weiter unten sehen werden, der Löwenanteil auf die Gonorrhoe, während die Syphilis wesentlich zurücktritt. Anders bei den noch auf niedriger Kulturstufe stehenden Völkern:

Hier finden wir zweierlei Extreme; entweder sind die venerischen Krankheiten so selten und so wenig bekannt, daß man fälschlicherweise geglaubt hat, diesen Volksstämmen eine natürliche Immunität gegenüber der Syphilis zuschreiben zu müssen, oder, wenn einmal die Syphilis — und um diese handelt es sich dann hauptsächlich — Eingang gefunden hat, dann verbreitet sich dieselbe unter der in tiefster Armut, Unwissenheit, Schmutz und Bedürfnislosigkeit dahinlebenden Bevölkerung in so ausgedehntem Maße, daß die Krankheit, in ihrem Beginn einen fast epidemischen Charakter tragend, weiterhin sich zu einer verheerenden und fast unausrottbaren Volksseuche entwickelt.

Einen ziemlich hohen Grad der Verbreitung finden wir in den Küstenstrichen derjenigen halbcivilisierten Länder, welche gelegentlich mit den Schiffsmannschaften der handeltreibenden Kulturvölker in Berührung kommen.

Im einzelnen stellt sich die Verbreitung folgendermaßen:

Afrika: Centralafrika scheint mit Ausnahme von Abessinien von Syphilis fast frei zu sein, so daß Livingstone an eine Art von Immunität der Eingeborenen glaubte. Abessinien hingegen ist von Syphilis schwer durchseucht. Nach Blanc sind hier von 10 Kranken 9 syphilitisch. Nach Hirsch ist die Syphilis erst in diesem Jahrhundert dorthin verschleppt worden. An den Küsten ist die Syphilis ebenfalls ungemein verbreitet. An der Nordküste sind es Aegypten, Tunis, Algier und Marokko, welche deswegen berüchtigt sind. In Algier waren im Jahre 1866 unter 1000 Kranken 113 Syphilitische. Raynaud fand unter 800 Patienten 120 Luetiker, Vincent sogar unter 423 Patienten 188. In Tunis ist es nach Rubatel selten, daß jemand nicht Syphilis gehabt hat. Im Osten sind die Inseln Mauritius, Réunion, Madagaskar und Sansibar stark von Syphilis durchseucht; in Sansibar leidet angeblich die Hälfte aller Kranken an Lues. Bei einzelnen Stämmen Südafrikas an der Tropengrenze und darüber hinaus, z. B. am Sambesi, hat sich nach Däubler die Syphilis so eingenistet, daß kleinere Stämme dadurch geradezu in Gefahr gekommen sind, ganz auszusterben. Ganz besonders häufig ist das Ulcus nach D. an den Lippen, Mund und Rachen bei den Negern. Auf der anderen Seite schreibt man einzelnen Stämmen im Innern Madagaskars eine Immunität gegen Syphilis zu, welche sich trotz ständigen Verkehrs mit infizierten Stämmen von Lues freigehalten haben. An der Westküste sind namentlich die Guineaküste, Sierra Leone und Senegambien außerordentlich gefürchtet. Am Kap herrschen mehr europäische Verhältnisse. Bei den Hottentotten sind die venerischen Krankheiten selten; noch seltener sollen dieselben bei den Betschuanen sein. (Ausführlicheres hierüber siehe bei Mense, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, 1900, S. 86.)

In Asien ist die Syphilis namentlich in den Küstenländern stark verbreitet, mit Ausnahme von Persien und Arabien, wo dieselbe nicht sehr häufig vorkommen soll. Im Innern von Nordasien, so in einzelnen Teilen von Sibirien, namentlich in Kamschatka herrscht die Syphilis in ganz außerordentlichem Maße. So fand Maurin unter den 300 Einwohnern von Petropaulowsk seiner Zeit 30 Fälle von veralteter Lues. In Japan, China und Indien ist, wie es scheint, die Syphilis endemisch und enorm verbreitet. Eldridge meinte 1882, daß man nur ausnahmsweise einen Japaner treffe, bei dem man anamnestisch nicht Lues eruieren

könne. Aus China ist bekannt, daß im Jahre 1870 unter den Hospitalkranken in Shanghai 19 Proz., in Hongkong 16 Proz., in Tientsin 30 Proz. an Lues litten. Nach Rasch kommen in Siam auf 100 Kranke 33—37 venerisch Erkrankte. In Armenien und Kleinasien, ebenso in den Tafelländern von Afghanistan und Beludschistan ist die Syphilis ziemlich stark verbreitet. Im westindischen und malayischen Archipel finden sich mitten unter stark durchseuchten Inseln auch ganz seuchenfreie.

In Australien sind einzelne Teile von Syphilis noch vollständig verschont, auch in Neu-Guinea ist dieselbe unbekannt. Neuseeland jedoch und die Südsee-Inseln z. B. den Tonga- und Marschall-Inseln, sind stark durchseucht (Mense).

In Amerika ist vor allem Centralamerika wegen der großen Verbreitung der Syphilis bekannt. In Südamerika sind es namentlich Brasilien, Paraguay und Argentinien, von wo große Ziffern gemeldet werden. In Brasilien waren 1861—1866 40 Proz. aller im Hospital verpflegten Kranken syphilitisch, in den Jahren 1877/78 in Valparaiso (Chile) 50 Proz. In Westindien ist Lues unter dem Namen Yaws, in Honduras unter dem Namen Granos bekannt.

Nordamerika ist nach den einen die Ursprungsstätte der europäischen Syphilis, von wo aus Columbus sie bei seiner ersten Expedition nach Europa verschleppt haben soll. Unter anderem sprechen die von Dr. Jones in Orleans gefundenen Knochen für das Bestehen einer solchen präcolumbischen Syphilis. Auch die Untersuchungen von S. Montejo y Robledo scheinen darauf hinzudeuten, daß schon vor Columbus Syphilis dort vorhanden gewesen ist. Nach anderen Autoren ist dieselbe erst im vorigen Jahrhundert von Europa nach Amerika verschleppt worden und fand vor etwa 100 Jahren an der großen Seenkette eine fast epidemisch zu nennende Verbreitung (Maladie de la baie de St. Paul). Heute finden wir in Nordamerika, besonders in den Vereinigten Staaten ungefähr dieselben Zustände wie in den europäischen Kulturländern.

In Europa, namentlich bei den civilisierten Nationen, finden wir mit geringen Unterschieden immer dieselben Verhältnisse: die Großstädte, Industrie- und Handelsplätze, Garnisonsorte und Universitäten ziemlich stark durchseucht, die kleineren Provinzialstädte weniger befallen, die Landbevölkerung verhältnismäßig frei. Eine Ausnahme hiervon machen die erst an der Schwelle der Kultur stehenden Landstriche, wo, wie in Rußland und in den Balkanländern, die Landbevölkerung in erschreckendem Maße von Syphilis durchseucht ist.

Mangels einer exakten Statistik sind die Angaben über die geographische Verbreitung der venerischen Erkrankungen unter den einzelnen europäischen Nationen nur sehr unzuverlässig. Den einzigen und recht unzuverlässigen Maßstab geben die Erkrankungsziffern der einzelnen Armeen (s. u.). Danach würden Dänemark, Deutschland und die deutsch redenden Teile Oesterreichs und die Schweiz am besten gestellt sein. In zweiter Reihe kämen Belgien, Frankreich, Spanien, Portugal, Nord- und Mittelitalien. Am ungünstigsten ständen Süditalien, Griechenland, Türkei, Rußland und England da. Thatsächlich ist aber England mit Bezug auf die Verbreitung der venerischen Krankheiten mit am günstigsten gestellt.

Verhältnismäßig exakte Angaben haben wir aus den skandinavischen Ländern, wo Anfangs dieses Jahrhunderts nach der

russischen Invasion die Syphilis außerordentlich verbreitet war. Dort haben sich aber infolge umfassender gegen die venerischen Krankheiten ergriffener Maßnahmen im Laufe dieses Jahrhunderts die Verhältnisse wesentlich gebessert.

So wurden nach Welander in den Civilkurhäusern Schwedens an venerischen Krankheiten auf je 10000 Einwohner behandelt 1822—26 10,4, 1892—94 3,4.

Nach Hjelt waren venerisch von 1000 Einwohnern

in Schweden	1861—68	1,24
„ „ (aufser Stockholm).		0,78
„ Norwegen (exkl. Gonorrhoe) .	1859—70	0,86
„ „ (aufser Christiania).		0,65
„ Finnland	1859—70	2,27
„ „ (aufser Helsingfors)		2,08
„ Dänemark	1862—70	4,36
„ „ (aufser Kopenhagen)		2,03

Die Statistik der nordischen Länder ist deswegen recht gut brauchbar, weil daselbst die Mehrzahl der Venerischen in den Krankenhäusern verpflegt wird. Das rührt daher, daß diese Verpflegung auf Staatskosten geschieht, so daß nur die bemittelten Leute in den Städten sich privatim behandeln lassen. Die allerbeste, ja vielleicht die einzig brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten haben Norwegen und Dänemark. Aus beiden Ländern, in welchen seit Jahren sämtliche Aerzte eine Liste der von ihnen behandelten Fälle (von Infektionskrankheiten) zu führen und allwöchentlich dem Gesundheitsamt einzureichen haben, existieren Zahlen, welche einigermaßen Anspruch darauf machen können, einen Begriff von der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Gesamtbevölkerung zu geben. Es rechtfertigt sich somit, bei diesen Ziffern etwas länger zu verweilen und sie als Ausgangspunkt für weitere Berechnungen zu betrachten. Freilich sind auch diese Zahlen nicht ganz zuverlässig: diagnostische Irrtümer, differente wissenschaftliche Anschauungen, mehrfache Eintragungen bei Recidiven und bei Wechsel des Arztes, die weitverbreitete Behandlung der Kranken durch Kurpfuscher — alles das sind Momente, welche die Erkrankungsziffer einmal zu hoch, ein andermal zu niedrig gegriffen erscheinen lassen; immerhin aber wird dieselbe eine annähernde Vorstellung von den wirklichen Verhältnissen liefern.

Betrachten wir die verhältnismäßig zuverlässigen dänischen Zahlen, so finden wir folgendes:

Aus der Tabelle (S. 23) geht folgendes hervor:

1) Die venerischen Erkrankungen betragen in Kopenhagen das Vielfache der auf dem platten Lande und der in den Provinzialstädten beobachteten.

2) Dieselben haben innerhalb der beiden Beobachtungsfristen in Kopenhagen erheblich (von 29 auf 20 Prom.) abgenommen.

3) An diesem Abfall ist in erster Linie das Ulcus molle beteiligt, das auf die Hälfte zurückgegangen ist, in zweiter Linie die Gonorrhoe; doch hat auch die Syphilis an Frequenz wesentlich abgenommen.

Es erkrankten an venerischen Krankheiten in Dänemark im Jahresdurchschnitt von 1876—1885 und 1886—1895:

an	Jahresdurchschnitt	in Kopenhagen	Prom. der Bevölkerung	Proz. der ven. Krankheiten	in den Provinzialstädten	Prom. der Bevölkerung	Proz. der ven. Krankheiten	auf dem platten Lande	Prom. der Bevölkerung	Proz. der ven. Krankheiten
Gonorrhoe	1876—85	5645	19,86	68,6	—	—	—	—	—	—
	1886—95	4618	13,8	68,78	745	2,21	73,25	390	0,27	69,1
Ulc. molle	1876—85	1450	5,0	16,9	—	—	—	—	—	—
	1886—95	842	2,51	12,52	108	0,32	10,6	48	0,03	8,5
Syphilis	1876—85	1203	4,16	14,5	271	0,8	—	248	0,14	—
	1886—95	1254	3,75	18,7	164	0,49	16,1	126	0,08	22,3
sämtl. ven.	1876 – 85	8298	29,02		1738	5,6		1082	0,62	
Krankh.	1886—95	6714	20,1	100,0	1017	3,02	100,0	564	0,38	100,0

4) Die Gonorrhoe beträgt sowohl in der Provinz als auch in den Hauptstädten während der ganzen Beobachtungdauer fast 70 Proz. aller Geschlechtskrankheiten.

Nach Alter und Geschlecht verteilt, betrafen während des ersten Decenniums die Erkrankungen:

	in der Provinz	in Kopenhagen	Gonorrhoe	Syphilis
Männer	84,6 Proz.	77,2	76,8	65,0
Frauen	13,0 „	21,7	21,7	30,0
Kinder von 1—15 Jahren	1,1 „	0,3	} 0,1	} 5,0
Kinder von 0—1 Jahr	1,3 „	0,8		
Summa	100,0 Proz.	100,0	100,0	100,0

d. h., das Verhältnis der Krankheitsfälle bei Frauen zu denen der Männer betrug

in der Provinz 1 : 6,5
„ „ Hauptstadt 1 : 3,6

Hieraus zu schließen, daß z. B. in der Provinz eine venerische Frau 6—7 Männer infizierte, ginge wohl nicht an, da gerade ein sehr großer Teil der Männer sich seine Erkrankung aus der Hauptstadt holt. Ein besseres Bild bekommt man, wenn man die Zahlen aus dem ganzen Lande nimmt; dort ist das Verhältnis **1 : 4, 1,** d. h. mit anderen Worten:

1) Eine venerische Frau bildet einen Ansteckungsherd für 4 Männer.

2) Von 4 venerischen Männern verbreitet nur einer die Krankheit auf eine Frau weiter.

Etwas verschiebt sich das Verhältnis in Wirklichkeit dadurch, daß wenigstens in den 70er Jahren der größte Teil der gonorrhoischen Frauenerkrankungen nicht als solche erachtet und in den Listen geführt wurde; kommen doch z. B. in der Provinz auf 17 736 Fälle von Tripper beim Manne angeblich nur 1592 bei der Frau, eine offenbar ganz unzulängliche Zahl. In Wirklichkeit mag das Verhältnis etwa 1 : 3 betragen.

So interessant die durch die obige Tabelle gegebenen Aufschlüsse sind, verständlich werden sie erst, wenn man versucht, die Erkrankungsziffern in Beziehung zu setzen zu denjenigen

Gruppen der Bevölkerung, welche der Gefahr der venerischen Infektion hauptsächlich unterliegen.

Um eine solche Berechnung zu ermöglichen, habe ich die Zusammensetzung der Kopenhagener Bevölkerung nach Geschlechts- und Altersgruppen gesondert und bin nun für die hauptsächlich gefährdete Gruppe, d. h. die männliche Bevölkerung zwischen 20 und 30 Jahren zu folgenden Resultaten gelangt:

Auf 10 000 der Einwohner berechnet:

Im Jahre	betrug die Zahl der Männer zwischen 20 und 30 Jahren	erkrankten an vener. Krankheit. Männer überhaupt	davon waren Männer zwischen 20 u. 30 Jahren	d. h. von der männlichen Bevölkerung Proz.	an Gonorrhoe				an Syphilis			
					überhaupt	zwischen 20 u. 30 Jahren	Proz.	Durchschnitt	überhaupt	zwischen 20 u. 30 Jahren	Proz.	Durchschnitt Proz.
1886	964	311	218*)	22,6 } 18,6	190	133	13,8	} 11,9 Proz.	69	41,4	4,3	} 3,6, davon frische Syphilis 1,8.
1895	705 (Abfall um 26,8 Proz.)	146 (Abfall um 52,7 Proz.)	103*)	14,6 (Abfall um 35,4 Proz.)	102	71,4	10,0		34	20,4	2,9	

Danach würden in Kopenhagen durchschnittlich jährlich 14,6—22,6, enger gefaßt, 16—20 Proz. aller jungen Leute zwischen 20—30 Jahren venerisch erkranken, also von 4—5 jungen Leuten einer, an Gonorrhoe von 8 einer; an Syphilis von 55 einer. Ermißt man die Zeitdauer, während welcher eine solche Infektionsgefahr vorhanden ist, so ist dieselbe für die verschiedenen Bevölkerungsschichten verschieden. Für die Angehörigen der besitzenden Klassen, welche in der Regel nicht vor den dreißiger Jahren heiraten, dürfte sie mit 10 Jahren nicht zu gering bemessen sein; in diesen 10 Jahren werden sich also mit Gonorrhoe infizieren von 100: 119, d. h. jeder durchschnittlich einmal, manche mehrfach; an Lues 18 oder einer von 5,5. Unter der arbeitenden Bevölkerung sind die Chancen dank der kürzeren Dauer des extramatrimoniellen Verkehrs entsprechend günstiger.

Man kann die Kopenhagener Zahlen mit kleinen Abweichungen als Prototyp der Verhältnisse in irgend einer modernen europäischen Großstadt ansehen. Wie man sieht, schwanken ja auch in Kopenhagen die Zahlen recht beträchtlich. Wir werden weiterhin sehen, worauf diese Schwankungen zurückzuführen sind.

Danach würden auch die von mir früher gegebenen Ziffern für Berlin, wo ich eine jährliche Erkrankungsfrequenz für Lues von 4 Prom. der Bevölkerung annahm, etwas zu modifizieren sein. Jedenfalls beruhen die vermittels der Kopenhagener Statistik gewonnenen Ziffern auf einer exakteren Grundlage. Die Zahlen von Erb, welcher bei 550 seiner den besseren Ständen angehörigen, mit den verschiedensten Leiden behafteten Patienten bei 22,5 Proz. eine frühere Infektion ermitteln konnte, würden mit den von mir nunmehr gefundenen 19 bis 20 Proz. annähernd übereinstimmen.

*) Es wird angenommen, daſs von geschlechtskranken Männern etwa 70 Proz. sich im Alter von 20—30 Jahren befinden, eine Ziffer, die auf meine eigenen Beobachtungen gegründet ist. Für die Syphilis ist wegen der Erkrankung in den Kinderjahren statt dessen 60 Proz. angenommen, eine Zahl, die annähernd zutreffen wird.

Die von mir gefundenen Gonorrhoeziffern stimmen mit den bekannten Erfahrungsthatsachen überein, daß namentlich in den besitzenden Klassen kaum jemand vom Tripper verschont bleibt, während viele Männer mehrfach von demselben befallen werden. Auch die Verhältnisziffer von 68—70 Proz.-Anteil der Gonorrhöe an den Geschlechtskrankheiten, die wir für Kopenhagen gefunden haben, scheint eine ziemlich typische zu sein, da sie in vielen anderswoher stammenden Statistiken wiederkehrt.

So litten z. B. von 100 Venerischen:

	an Tripper	Syphilis	weichem Schanker
in der preufsischen Armee:			
1888/89	60,8	22.0	17.2
1893/94	56,7	23.0	20.3
1895/96	60,3	23,0	16,7
in der französischen Armee:			
1879	68,5	10,1	21,2
in der Kopenhagener Bevölkerung:			
1876/85	68,6	14,5	16.9
1886/95	68,8	18,7	12.5
in einer Arbeiterkrankenkasse Berlins:			
1891/92	65,0	30,0 davon frische Syphilis 13,5	5.0
in einer studentischen Krankenkasse in Berlin:	Tripper und Syphilis: 68,4 · 6,3 · 17,7		7,6
	74,7	24,0 davon frische Syphilis 14.	

Die letztgenannten beiden Zahlenreihen scheinen mir besonders zuverlässig, weil sie durch eigene Beobachtung gewonnen sind.

Bei den Armeestatistiken wird der weiche Schanker oft als einfaches syphilitisches Geschwür geführt; daher die große Anzahl der Ulcera mollia. Oft lehrt ja erst eine nachträgliche Korrektur manchen Fall von anscheinend weichem Schanker als echte Syphilis erkennen. Die Tripperzahlen der preußischen Armee sind wohl deswegen etwas geringer, weil es immer einem Teil der Kranken möglich ist, seine Erkrankung zu verheimlichen, während das mit Syphilis und Ulcus molle nicht geschehen kann.

Wie wir sahen, zeigen die Erkrankungsziffern in Großstädten, in Kleinstädten und auf dem Lande außerordentlich große Differenzen. Aber auch innerhalb der städtischen Bevölkerung finden sich zwischen den einzelnen Bevölkerungsschichten und Berufsgruppen ganz erhebliche Unterschiede. Die beste Statistik, welche wir hier besitzen, ist die, welche über die venerischen Erkrankungen in den Heeren der verschiedenen Länder geführt wird. Wenn auch aus verschiedenen Gründen die absolute Krankenziffer nicht zutreffen mag (für die deutsche Armee z. B. fehlen die Offiziere ganz, es fehlen ferner, wie schon erwähnt, die leichteren Tripperfälle), so geben doch die Zahlen — zumal, wenn man sie sich in Wirklichkeit überall etwas größer vorstellt — ein ungefähr richtiges Bild. Und zwar beanspruchen diese Zahlen ein ganz besonderes Interesse, weil es sich beim Militär um eine ziemlich homogene Schicht der Bevölkerung handelt, bestehend aus lauter jugendlichen, geschlechtsreifen und unverhei-

rateteten Männern, zumeist im Alter von 20—25 Jahren stehend, Leute mit einem normalen geschlechtlichen Bedürfnis, welches fast ausschließlich durch außerehelichen Geschlechtsverkehr befriedigt wird.

Es erkrankten an venerischen Krankheiten auf 1000 Mann der Iststärke:

in den Jahren	Deutsche Armee	Französische Armee mit Ausnahme des Krieges mit Deutschland (1870—85)	Oesterreichische Armee 1870	Italienische Armee (1865—80): 117,00	England Inlandarmee 1871:
1877—81	35,3	84,70	69,40	1878: 107,00	206,2
1881/82—85/86 resp. 1881—85	35,1	58,2	73,6	102,9	251,0
1886/87—90/91 resp. 1886—90	27,1	51,1	65.3	94,3	233.2
1891/92—95/96 resp. 1891—95	29,1	46,7	63,2	95,6	189,9
1894/95 resp. 1894	29,9	45.4	64,8	91,9	182,4
1895/96 resp. 1895	25,5	41,9	61,0	84,9	173,8

Dänische	Armee	1874—85:	19,1
Russische	"	1872—74:	46,0
		1889—92:	42,4
Belgische	"	1870—85:	70,6
Japanische	"	1884—85:	77.0
Nordamerikanische	"	1884—86:	64,3
Portugiesische	"	1866—67:	96,0

Wesentlich höhere Erkrankungsziffern als die Landheere zeigen überall die Marine und die Kolonialarmeen. So fanden wir unter anderem folgende Ziffern:

Deutsche Marine	1877—85	139,0
Ostasiatische Besitzungen	1881—82	289,7
Nordsee	1881—82	284,5
Südsee	1881—85	261,7

d. h. es wurde in der ostasiatischen und Nordseebesatzung der deutschen Marine 1881/82 mehr als $^1/_4$ der ganzen Besatzung venerisch infiziert.

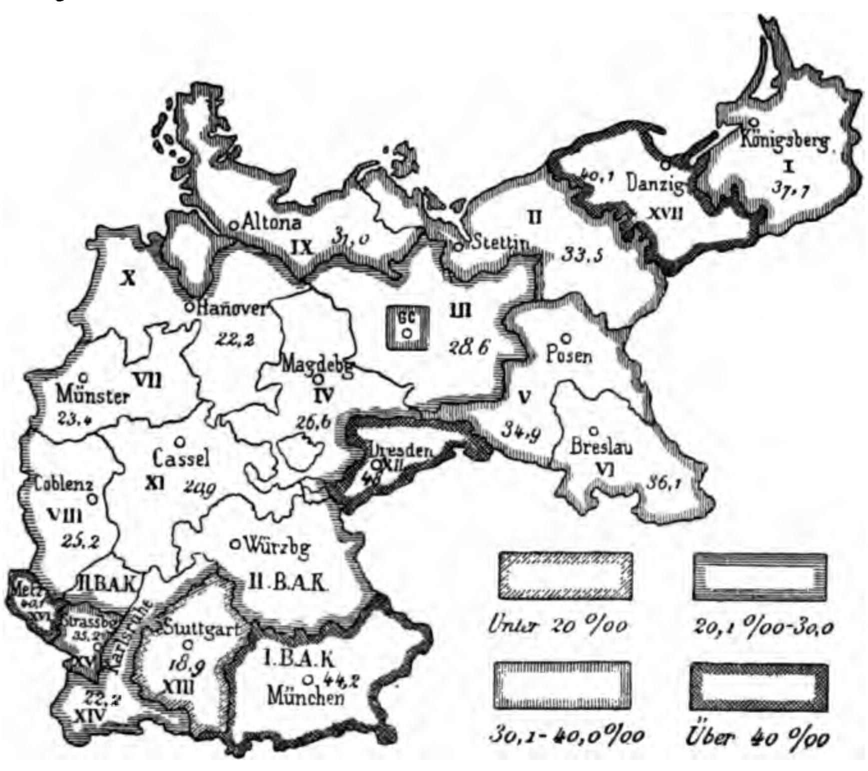
Im übrigen sind die Erkrankungsziffern innerhalb der Armeen zwar höher als in der Gesamtbevölkerung, aber geringer als in der männlichen Bevölkerung der Großstädte zwischen 20 und 30 Jahren.

Zwischen den Heeren der einzelnen Staaten bestehen, wie man sieht, große Unterschiede in der Krankheitsfrequenz, die nicht allein durch die Verschiedenheit in der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den einzelnen Ländern erklärt werden können. So sind die niedrigen Ziffern des dänischen Heeres dadurch bedingt, daß in Dänemark die ganze Dienstzeit 1mal überhaupt nur 6—9 Monate dauert, zweitens die Soldaten zum größten Teil der ausnahmsweise gesunden Landbevölkerung entstammende Bauern von sehr einfachen Sitten sind. Im Gegensatz zu dem dänischen Heer, das man gewissermaßen als eine Milizarmee auffassen kann, ist die englische Armee ein Söldnerheer, das sich nicht aus den besten Schichten der Bevölkerung

rekrutiert und bei der überaus langen Dienstdauer das häufige Auftreten von venerischen Infektionen erklärlich erscheinen läßt.

Die außerordentlich günstige Position des deutschen Heeres ist wohl in erster Linie der strengen Disciplin zuzuschreiben, welche in Verbindung mit der niedrigen Löhnung (22 Pf. pro Tag) eine nennenswerte Inanspruchnahme gewerbsmäßiger Prostitution den deutschen Soldaten meist unmöglich macht und sie daher auf die in sanitärer Beziehung natürlich viel besser gestellten Dienstmädchen verweist. Die Abnahme der Erkrankungen im letzten Decennium ist vielleicht auf die Einführung der zweijährigen Dienstzeit zurückzuführen.

Vergleicht man die einzelnen Armeecorps untereinander, so stellt sich für die letzten 15 Jahre ein ziemlich gleichmäßiges Verhältnis heraus, welches durch die beistehend abgedruckte kartographische Skizze veranschaulicht wird. Danach war am höchsten und ziemlich andauernd befallen Lothringen; in zweiter Linie Bayern, Sachsen und Westpreußen; dann kommt Schlesien, Ostpreußen; am letzten Württemberg und die mitteldeutschen Provinzen.



Venerische Erkrankungen in der Armee 1881-1896. 12,750 = 30.1 ‰

Fig. 1.

Dasselbe Verhältnis spielt sich bei der Krankheitsfrequenz einzelner der wichtigsten Garnisonen ab. So erkrankten im Jahresdurchschnitt der 15 Jahre von 1881/1882 bis 1895/1896:

in:	bei einer Kopfstärke von	an vener. Krankheiten:
München	8730	59,6 Proz.
Chemnitz	1742	57,9 „
Landshut	1148	55,9 „
Leipzig	5138	55,6 „
Altona-Hamburg	3281	54.7 „
Graudenz	3070	53,4 „
Gnesen	2120	52,2 „
Bromberg	4009	52,0 „
Riesa	639	51,9 „
Tilsit	1165	51.4 „
Dt. Eylau	1210	51,6 „
Posen	7299	50,1 „

Durch einen verhältnismäßig g e r i n g e n Prozentsatz an venerischen Krankheiten zeichnen sich folgende Garnisonen aus. Es erkrankten:

Oldenburg	2729	14,6 Proz.
Osnabrück	1124	15 1 „
Celle	2032	16,8 „
Mörchingen	2443	17,5 „
Kolberg	1421	17,6 „
Rostock	1285	18,2 „

Ferner in größeren Städten:

Freiburg	1847	18,9 Proz.
Bamberg	1884	19,3 „
Mainz	6017	23 9 „
Stuttgart	3764	24.7 „
Karlsruhe	3642	28.7 „
Potsdam	6842	21,1 „
Koblenz	6869	21,1 „

Rückschlüsse aus diesen Ziffern auf die Verbreitung der venerischen Krankheiten in den einzelnen Provinzen und Garnisonsorten lassen sich nur mit großer Vorsicht ziehen. Für die gesamten Provinzen kann man schon eher, wenn sie wiederholt viele Jahre hindurch eine besonders geringe oder eine besonders hohe Zahl von venerischen Krankheiten darbieten, auf die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse in der übrigen Bevölkerung schließen. Weniger bei den Garnisonen, wo innerhalb der einzelnen Jahre die Zahlen sehr stark wechseln und bei der geringen Zahl der Mannschaften schon wenige zufällige Krankheitsfälle die Erkrankungsziffer leicht aufschnellen lassen.

Beim Militär herrschen eben eigenartige Verhältnisse; hier spielen die Truppengattung, die Lage der Kasernen, ob weitab von der Stadt oder mitten im Centrum gelegen, die jeweilige Strenge des Platzkommandeurs in der Erteilung von Abendurlaub und allerhand lokale Zufälligkeiten derart mit, daß man die Armeezahlen nicht als sicheren Gradmesser für die Verbreitung der venerischen Krankheiten in der Gesamtbevölkerung ansehen kann. Das ergiebt schon ein Vergleich mit den Zahlen anderer Berufsgruppen, die oft zu ganz anderen Resultaten führen.

In dieser Hinsicht scheinen von besonderem Wert die Zahlen, welche ich im Jahre 1898 aus den sorgfältig geführten Büchern einer großen, über ganz Deutschland verbreiteten k a u f m ä n n i s c h e n K r a n k e n k a s s e gewonnen habe. Diese Statistik erscheint um so wertvoller, als gerade die jungen Kaufleute ein wesentliches Kontingent in jener mittleren Schicht der bürgerlichen Bevölkerung bilden, welche die Hauptklientel der gewerbsmäßigen Prostitution sowohl wie der

gelegentlichen liefert, und deren Erkrankungsziffer schon aus diesem Grunde ein etwas deutlicheres Bild über die Verbreitung der venerischen Krankheiten in der bürgerlichen Bevölkerung zu geben imstande ist.

Meine Enquete erstreckt sich auf die Jahre 1893—1897 und hat folgende Resultate ergeben: In ganz Deutschland beträgt die Frequenz der venerischen Erkrankungen durchschnittlich 8,0 — 8,2 Proz. der Mitgliederzahl, während sie in den Großstädten auf das Doppelte, ja bis auf das Dreifache steigt. Die gefundenen Zahlen sind offenbar überall zu niedrig, weil ein großer Teil der Mitglieder, namentlich an kleineren Orten, eine geschlechtliche Erkrankung nicht gern anmeldet und auch die Aerzte geschlechtliche Erkrankungen oft unter anderem Namen (Hautleiden etc.) eintragen. An anderen Orten, wo die Kasse nicht gut renommierte Spezialärzte angestellt hat, ziehen es viele Mitglieder vor, die letzteren auf eigene Kosten zu konsultieren. Andererseits figurieren manche Patienten mit einem Erkrankungsfalle mehrmals in der Statistik. Trotzdem sind die Zahlen bis zu einem gewissen Grade recht brauchbar. Nach Provinzen geordnet, beträgt in den größeren Orten der Prozentsatz an venerischen Krankheiten:

In Ost- und Westpreußen und Posen:			
Deutsch-Eylau	28,5	Insterburg	11,9
Allenstein	23.8	Elbing	11,7
Posen	19,7	Bromberg	11,1
Gumbinnen	14.7	Graudenz	10,2
Tilsit	12 8	Danzig	9.7
Königsberg	13,5	Thorn	4.4
In Schlesien:			
Breslau	27,8	Brieg	9,7
Ratibor	12.4	Glogau	5.2
Görlitz	10,7	Schweidnitz	4,5
Liegnitz	10,6	Lauban	2,4
In Brandenburg:			
Berlin	16.4	Potsdam	6,4
Kottbus	14,9	Landsberg a. W.	4.1
Frankfurt a. O.	10,6	Brandenburg	3,6
Spandau	10,8		
An der Ost- und Nordseeküste:			
Stettin	12.4	Kolberg	7.5
Hamburg	11,7	Lübeck	3,2
Bremen	8,4	Rostock	1,1
In Sachsen und Thüringen:			
Halberstadt	16,9	Weimar	5,9
Magdeburg	13.3	Gotha	5,0
Halle a. S.	11,0	Dessau	4,9
Leipzig	10 8	Zwickau	4.7
Nordhausen	7.9	Jena	4,3
Aschersleben	6,8	Erfurt	3,9
Dresden	6,5	Weißenfels	3,2
Zittau	6.3	Eisenach	2,9
Chemnitz	6,0	Meißen	0,8
In Braunschweig, Hannover und Westfalen:			
Kassel	14 6	Braunschweig	6,2
Hannover	10,5	Hildesheim	4,6
Dortmund	7,4	Wolfenbüttel	1,5
Gelsenkirchen	6,5		
In den Rheinlanden:			
Elberfeld-Barmen	11,2	Bonn	5.5
Frankfurt a. M.	7,0	Mainz	4.5
Wiesbaden	6,9	Essen	1,8
Köln	5,9	Offenbach	0.0
Düsseldorf	4.9		

In Baden und im Elsaſs:			
Karlsruhe	9.6	Mülhausen i. E.	5,1
Mannheim	8,7	St. Johann und Saarbrücken	2,7
Freiburg i. B.	7,0		
Straſsburg	5,4		
In Bayern und Württemberg:			
Stuttgart	9 4	Bamberg	4,4
München	7,8	Nürnberg	3,9
Augsburg	6,6	Regensburg	2,1
Erlangen	6,3	Fürth	1,7

Die obige Zusammenstellung zeigt, übereinstimmend mit der Militärstatistik, sehr hohe Zahlen für die östlichen Provinzen Ost-, Westpreußen und Posen, während Bayern und Sachsen, die in der Militärstatistik obenanstehen, hier mit relativ niedrigen Ziffern figurieren. (In Lothringen hat die Kasse fast keine Mitglieder.) Es zeigt sich ferner, daß die großen Städte in der Regel eine wesentlich höhere Krankheitsziffer aufweisen, wenn dieselbe auch nicht Hand in Hand mit der Einwohnerzahl geht. Berlin hat freilich mit Ausnahme von Breslau, Posen, Halberstadt und ein paar ostpreußischen Grenzstädten die höchste Erkrankungsziffer, während es in der Militärstatistik verhältnismäßig gut gestellt ist.

In folgendem gebe ich unter Hinweglassung der Orte mit außerordentlich niedriger Mitgliederzahl eine vergleichende Uebersicht über die wichtisten Ergebnisse der Statistiken.

Namen der Städte	Kaufleute	Garnison	Namen der Städte	Kaufleute	Garnison
Breslau	27.9	3,4	Mannheim (B)	8,7	2.2
Posen	19,7	5,0	Bremen (B)	8,7	3,0
Halberstadt	16,9	2,6	München	7,8	6,0
Berlin	16 4	4.1	Frankfurt a. M.	7,0	2,8
Kottbus	14,9	4,0	Freiburg i. Br.	7,0	1,8
Gumbinnen	14,7	2.1	Wiesbaden	6,9	2,7
Kassel	14,6	2.6	Osnabrück	6,8	1,5
Tilsit	13,8	5,1	Dresden (B)	6.5	5,0
Königsberg	13,5	3,9	Braunschweig (B)	6,2	2,8
Magdeburg (B)*)	13,3	3.3	Chemnitz (B)	6,0	5,9
Stettin	12.4	2,9	Köln	5,9	4,1
Insterburg	11.9	2.2	Mülhausen i. E.	5,1	3,2
Hamburg (B)	11,7	5.5	Düsseldorf	4.9	4,1
Bromberg	11.1	5,2	Hildesheim	4,5	1,8
Halle (B)	11,0	4,2	Mainz	4,5	2,4
Leipzig (B)	10,8	5,6	Bamberg	4.4	1,9
Hannover	10,8	3.3	Münster	4,0	1,3
Görlitz	10,7	3.9	Nürnberg (B)	3,9	4.4
Graudenz	10,2	5,3	Erfurt	3,9	3.0
Danzig	9,7	4.9	Rostock	1,1	1,7
Karlsruhe	9.6	2,9			

Von den einzelnen Geschlechtskrankheiten zeigt bei den Kaufleuten der Tripper eine Frequenz von 60—95 Proz., im Durchschnitt 70—75 Proz., Syphilis und Ulcus molle zusammen 25—30 Proz. Danach ist der Tripper etwas häufiger als beim Militär.

*) (B) bedeutet „Stadt mit Bordellen".

Hier einige Zahlen der wichtigsten Großstädte:

Beobachtungszeitraum	Ort	Durchschnittliche Mitgliederzahl	Gonorrhoe Proz. der Mitglieder	Syphilis und Ulcus molle Proz. der Mitglieder
1893—95	Breslau	275	20,1!	7,7!
—	Berlin	1451	12,0	4,5
1893—95—97	Hamburg	156	10,3	1,5
—	Hannover	244	7,9	2,6
—	Leipzig	1594	7,4	3,4
—	Magdeburg	241	7,1	6,4!
1893—98	Dresden	1130	5,5	1,7
1893—95—97	Frankfurt a. M.	372	5,0	2,0
—	Chemnitz	432	4,5	1,5

Man kann annehmen, daß ein junger Kaufmann durchschnittlich 10 Jahre (vom 18.—28. Lebensjahre) auf den außerehelichen Geschlechtsverkehr angewiesen ist. Danach erkranken somit im Laufe dieses Zeitraums:

an Syphilis und Ulcus molle	in Berlin	45 Proz.	der Mitglieder
	in Magdeburg	64 „	
	in Breslau	77 „	
an Gonorrhoe	in Hamburg	103 „	der Mitglieder
	in Berlin	120 „	
	in Breslau	200 „	

Das sind erschreckend hohe Ziffern, wenn man bedenkt, daß lange nicht alle Erkrankungsfälle registriert werden.

Ich habe ferner für einige andere Bevölkerungsschichten die Frequenz der venerischen Krankheiten in den letzten Jahren feststellen können. Nach diesen meinen Untersuchungen zeigen die Arbeiter — eine den Soldaten wohl am nächsten stehende soziale Schicht — fast durchweg etwas höhere Erkrankungsziffern als diese, was sich wohl durch den Fortfall der strengen Disciplin erklärt. Im Berliner Gewerks-Krankenverein erkrankten von den männlichen Mitgliedern alljährlich an Geschlechtskrankheiten

1891	4,9 Proz.
1893	5,5 „
1894	6,7 „
im Durchschnitt	5,5 Proz.

(Man bemerke das Anwachsen der Erkrankungsziffer!)

Doch ist hierbei zu bemerken, daß dem Gewerks-Krankenverein viele Verheiratete als Mitglieder angehören. In einer Arbeiterkrankenkasse, wo der Anteil der Unverheirateten etwas größer ist, war der jährliche Prozentsatz für venerische Krankheiten 8 Proz., unter den unverheirateten Arbeitern allein dürfte derselbe wohl etwa 9—10 Proz. betragen. Immerhin blieb diese Ziffer wesentlich zurück hinter der Zahl von 16,4 Proz., welche ich bei den Kaufleuten für Berlin gefunden habe; ist doch diese Zahl noch höher als die Ziffer, welche ich aus den Büchern der Ortskrankenkasse der Gastwirte für die übel beleumdete Berufsgruppe der Kellnerinnen habe feststellen können — 13,5 Proz. Freilich fallen auch bei diesen die Zahlen ganz anders aus, wenn man aus der Gesamtzahl der Kellnerinnen diejenigen herausgreift, bei denen der Kellnerinnenberuf nur den Deckmantel für ihren eigentlichen Beruf, die Prostitution, abgiebt. Hier zeigt sich nach den

Feststellungen des Königl. Polizeipräsidiums schon eine Erkrankungsziffer von 30 Proz. und zwar schon bei einmaliger Untersuchung!

Diese Ziffer wird fast erreicht von der Erkrankungsfrequenz in einer Bevölkerungsgruppe, von der es schon lange bekannt ist, daß sie unter den Gefahren der geschlechtlichen Erkrankungen ziemlich viel zu leiden hat, das sind die Studenten. Ich habe in einer größeren, über 600 Mitglieder umfassenden studentischen Krankenkasse durch genaue Erhebungen konstatieren können, daß die Erkrankungsziffer in den Jahren 1891 und 1892 sich daselbst auf 25 Proz. belief, und das, obwohl bekanntlich die Studenten einen großen Teil des Jahres nicht in Berlin zubringen und obwohl ein erheblicher Bruchteil der Studenten sich entweder selbst zu kurieren oder einen Verbindungsfreund, einen befreundeten Mediziner u. s. w. zu konsultieren pflegt. Das beweist, daß in 4 Studienjahren jeder Student mindestens einmal an einer Geschlechtskrankheit erkranken würde, eine Thatsache, deren Richtigkeit wohl jeder Eingeweihte zugeben wird. Wie man sieht, hält sich die Erkrankungsziffer der Studenten nur um ein Geringes unter derjenigen der sich insgeheim der Prostitution ergebenden Kellnerinnen — ein Resultat, welches denen zu denken giebt, welche immer nach einer Ueberwachung der Prostitution schreien und darunter nicht nur die gewerbsmäßigen Dirnen, sondern alles mögliche, Dienstmädchen, Arbeiterinnen, Verkäuferinnen u. s. w. begreifen. (Wesentlich geringer — etwas über 10 Proz. — ist nach Neißer der Prozentsatz der venerischen Krankheiten unter den Breslauer Studenten.)

So viel ist jedenfalls klar, daß in den höheren Gesellschaftsschichten, bei den sogenannten gebildeten Klassen die Erkrankungsziffer wesentlich zunimmt. Das Verhältnis wird dadurch noch ungünstiger, daß infolge der späteren Eheschließung die Männer der gebildeten Klassen längere Jahre hindurch ein Junggesellenleben führen und während dieser Zeit somit häufiger Infektionen ausgesetzt sind. Auf der anderen Seite hat unter der arbeitenden Bevölkerung die frühere Eheschließung den großen Nachteil, daß die Erkrankten, sowohl die Syphilitischen als auch die Gonorrhoiker, zur Zeit der Eheschließung sehr häufig noch nicht vollkommen ausgeheilt sind und ihre Erkrankung auf die Frau und zum Teil auch auf die Nachkommenschaft übertragen.

Auf dem Lande sind in Deutschland die venerischen Krankheiten verhältnismäßig selten, obwohl durch die allgemeine Wehrpflicht und die erleichterten Verkehrsverhältnisse auch hierin die Sachlage sich zum Schlechteren gewandt hat. Nimmt man Deutschland als Ganzes, so muß man sagen, daß die venerischen Kranken in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen haben, und zwar allein schon durch die Zunahme der städtischen, insbesondere der großstädischen Bevölkerung. Und das ist sogar der Fall, obwohl, wie es scheint, innerhalb einzelner Städte selbst die venerischen Krankheiten im Laufe der letzten Generation etwas abgenommen haben. Für Berlin wenigstens habe ich zeigen können, wie daselbst von 1860 an bis zum Jahre 1885 ein ziemlich gleichmäßiges und nicht unerhebliches Absinken in der Frequenz der venerischen Krankheiten stattgefunden hat und erst seit dieser Zeit wieder eine Zunahme derselben zu bemerken ist. Worauf diese Schwankungen in jedem einzelnen Falle zurückzuführen sind, ist nicht immer leicht zu sagen. In erster

Linie werden die venerischen Krankheiten wohl jedesmal zunehmen mit der Zunahme des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und der Prostitution; doch habe ich in Berlin einen deutlichen Zusammenhang zwischen Eheschließungsziffern und Frequenz der Geschlechtskrankheiten nicht nachweisen können. Ein zweiter Grund mag die ungenügende Krankenfürsorge, namentlich unzureichende Spitalbehandlung sein. Von vielen Autoren werden diese Schwankungen, welche übrigens überall beobachtet worden sind, mit Vorliebe auf die mehr oder minder scharfe Ueberwachung der Prostitution zurückgeführt — mit welchem Rechte, werden wir weiter unten noch eingehend zu erörtern haben.

Ganz anders als in den großen Kulturcentren stellt sich uns die Verbreitung der venerischen Krankheiten in den ländlichen Bezirken Rußlands dar, wo die Syphilis — und um diese handelt es sich hier fast immer — den Charakter einer Geschlechtskrankheit vollkommen verloren hat und eine Familienkrankheit, eine Volksseuche schlimmster Art darstellt.

So fanden Popow, Beloussow u. a. 1884/85 bei einer Enquête in einzelnen Gouvernements, daß die Ansteckung erfolgt war

		Gouv. Wladimir Proz.	Gouv. Rjäsan Proz.	Gouv. Kursk Proz.
durch Heredität	in	7,8	5,4	14,1
„ Säugen	„	2,4	2,3	—
„ gemeinsames Leben	„	17,0	66,3	78,0
insbesondere durch den Mund	„	63,9		
also nicht durch den Beischlaf	„	91,0	74,0	92,1
durch den Beischlaf	„	9,0	26,0	7,9

Ein grelles Schlaglicht auf diese Zustände werfen die Mitteilungen Dina Sandberg's über die Syphilis bei den russischen Landbewohnern. Dieselbe hat im Koslow'schen Kreise bei einer „von den guten und bösen Seiten der Civilisation fast unberührten Bevölkerung“ Dörfer gefunden, wo fast die ganze Einwohnerschaft, groß und klein, alt und jung, syphilitisch durchseucht war, wo kaum ein Haus zu finden war, in dem nicht der eine oder andere sich erkrankt zeigte. Und zwar konstatierte sie bei der Mehrzahl der erwachsenen Personen fast ausschließlich tertiäre Syphilis, wie folgende Zusammenstellung erweist:

	Männer	Frauen	Kinder
Primäre und sekundäre Syphilis	17,7 Proz.	13,9 Proz.	58,0 Proz.
Tertiäre Syphilis	82,3 „	86,1 „	42,0 „

Die meisten Kinder kommen entweder hereditär syphilitisch zur Welt oder werden schon in der allerfrühesten Jugend infiziert. „Die Syphilis“, sagt Dina Sandberg, „ruiniert das Volk physisch, geistig und ökonomisch, vermindert die Zahl der Geburten, vergrößert die Zahl der Todesfälle, bedingt die physische und geistige Degeneration des Volkes. Syphilis ist eine der schrecklichsten Geißeln des Volkslebens, und der Kampf mit dieser Seuche ist eine der wichtigsten und dringendsten Fragen des Bauernstandes. In den syphilitischen Dörfern ist es besonders traurig, die Mehrzahl der Kinder so abgezehrt und

verwelkt zu sehen; die ‚ohne Schuld Schuldigen', die so schrecklich hereditär belastet, das Licht der Welt erblicken, bilden die Reihen der sogenannten ‚Verfaulten', der verworfenen, verstoßenen Parias des Dorfes." Auch aus französischen Dörfern berichtet Baratier über ähnliche, wenn auch nicht so grauenerregende Zustände.

In großen Städten kann man ja derartige Familienepidemien gelegentlich ebenfalls beobachten. Habe ich doch selbst eine solche Epidemie beobachtet, bei der 9 Familienmitglieder, Kinder und Erwachsene, erkrankt waren (publiziert von Gebert). Aber diese Fälle sind doch verschwindend selten im Verhältnis zu der Zahl des üblichen Infektionsmodus. Das liegt vor allem an dem höheren intellektuellen Niveau, der besseren hygienischen Einsicht der städtischen Bevölkerung. Diese erklärt auch die Seltenheit der sogenannten Syphilis brephotrophica in den Städten, d. h. der Syphilis, wie sie durch das Säugen, Päppeln und Aufziehen der Kinder von Müttern und Ammen auf die Kinder, oder von den Kindern auf diese verbreitet wird. Dazu kommt noch, daß namentlich in Deutschland das Ammenwesen nicht so entwickelt ist wie in anderen Ländern, z. B. in Rußland, Frankreich und Italien, wo oft die Kinder zu den Bauern aufs Land gegeben und auch Findelkinder in dieser Weise aufgezogen werden. Die Aufziehung mit Kuhmilch, welche, man kann wohl sagen leider, in der städtischen Arbeiterbevölkerung die Mutternahrung immer mehr verdrängt, hat wenigstens die eine gute Nebenwirkung gehabt, diese früher ziemlich häufige Form der Syphilisübertragung sehr einzuschränken. Ebenso ist die Impfsyphilis seit Einführung der animalischen Lymphe eine außerordentlich seltene Erscheinung geworden.

Das Gros der Erkrankungen kommt in civilisierten Ländern, insbesondere in den Städten, durch den Geschlechtsverkehr zustande und zwar zunächst bei dem außerehelichen, aber auch bei dem ehelichen Geschlechtsverkehr. Die eheliche Infektion bildet nur eine Art Anhängsel zu der außerehelichen, da sie gewöhnlich nicht den Anlaß zu einer neuen außerehelichen Infektion abgiebt, somit nicht ein einfaches Glied in der Kette von Infektionen bildet. Derartige Erkrankungen von Ehegatten sind übrigens weit häufiger als man annimmt.

So waren von 1129 Geschlechtskranken meiner Poliklinik in den Jahren 1891/92

	Männer	Frauen
unverheiratet	790 = 79 Proz.	53 = 44,0 Proz.
verheiratet	205 = 20 „	57 = 47,5 „
verwitwet oder geschieden	14 = 1 „	10 = 8,5 „

d. h. $^1/_5$ der männlichen und fast die Hälfte der weiblichen Patienten war verheiratet. Die Erkrankungen der Männer waren fast ausschließlich außerhalb der Ehe, die der Frauen ausschließlich in der Ehe von den Ehemännern erworben. Die Mehrzahl der Männer infizierten ihre Frauen über kurz oder lang; nur eine kleine Anzahl ihrer Frauen wurden behandelt.

Ganz dasselbe zeigt eine mehrere Jahre später von mir aufgenommene Statistik, welche sich nur auf die Syphilis bezieht. Danach hatten unter 67 verheirateten syphilitischen Frauen 64 ihre Erkrankungen sicher von ihren Männern erworben; nur 3 haben sich die Erkrankung außerhalb der Ehe zugezogen. Umgekehrt hatten von 106 verheirateten

Männern sich nur 7 die Erkrankungen von ihren Frauen zugezogen, 99 auf extramatrimonialem Wege.

Das sind Zahlen, welche die eheliche Treue der Männer in einem recht ungünstigen Lichte erscheinen lassen.

Die Hauptquelle der venerischen Infektionen ist und bleibt natürlich der außereheliche Geschlechtsverkehr, insbesondere die Prostitution, wie die folgende Statistik, ebenfalls aus meiner Poliklinik, recht deutlich veranschaulicht.

Es war unter 573 unverheirateten syphilitischen Männern bei 86 die Quelle der Infektion nicht zu eruieren, bei den übrigen 487 war die Infektion

395 mal durch	gewerbsmäfsige Prostituierte	= 81,1 Proz.
23 „ „	Kellnerinnen	= 4,7 „
24 „ „	ihr Verhältnis	= 4,9 „
45 „ „	gelegentliche Bekanntschaften, Ladenmädchen, Arbeiterinnen u. s. w.	= 9,2 „

erfolgt. Es rubrizieren somit die gewerbsmäßigen Prostituierten unter der Gesamtsumme mit 70, unter der Zahl derer, bei denen die Infektionsquelle ermittelt werden konnte, sogar mit 81 Proz.*).

Und das ist auch erklärlich; sind doch die Prostituierten diejenige Bevölkerungsgruppe, welche durch ihren Beruf sich tagtäglich der Gefahr einer venerischen Infektion aussetzt. Sie stellt, wie man mit einem treffenden Ausdruck gesagt hat, den Knotenpunkt der venerischen Durchseuchung dar. Von ihr und zu ihr führen immer wieder die Wege, auf welchen die Geschlechtskrankheiten den Volksorganismus durchdringen. Wir werden sehen, daß die offiziellen Statistiken über die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituierten nur einen geringen Anspruch auf Zuverlässigkeit machen können. Doch geben sie wenigstens eine annähernd richtige Vorstellung von der Gefährlichkeit dieser Bevölkerungsschicht, ausreichend genug, um ganz besondere prophylaktische Maßregeln ihr gegenüber zu rechtfertigen. Die Prostitution beansprucht daher auch eine ganz besondere Würdigung ihrer Lebensbedingungen, ohne welche ein Verständnis der erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen gar nicht möglich ist.

Belousow, *Ueber die Formen der Entstehung der primären syphilitischen Affektionen auf der Schleimhaut der Mundhöhle, II. Kongr. russ. Aerzte* 1887 *zu Moskau, Monatsh. f. prakt. Dermat.* 6. *Bd.*

Binz, C., *Die Einschleppung der Syphilis in Europa, Deutsch. med. Wochenschr.* 19. *Bd.* 1057.

Blanc, H., *Med. Times and Gaz.* (1868) *Jan.*, 82; *Gaz. hebdom.* (1870) 350.

Blaschko, *Sollen die Prostituierten auf Gonorrhoe untersucht und behandelt werden? Berl. klin. Wochenschr.* (1898) *No.* 27; *Neues über die Verbreitung und Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Berlin, Hyg. Rdsch.* (1898); *Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten, Berlin* 1890, 8° *III.*

*) Die vielfach beliebte Scheidung in „geheime" und „öffentliche" Prostitution habe ich nicht gemacht, einmal, weil der Patient gewöhnlich nicht weifs, ob eine Prostituierte unter Kontrolle steht oder nicht — dann aber, weil der Begriff der „geheimen" Prostitution, wie ich an anderen Orten wiederholt ausgeführt habe, ein so unbestimmter und dehnbarer ist, dafs man zu statistischen Erhebungen sich seiner gar nicht bedienen sollte. Für die Prophylaxe kommt auch nur die Unterscheidung von „gelegentlicher" und „gewerbsmäfsiger" Prostitution in Betracht.

Däubler, *citiert von* **A Guttmann**, *Zeitschr. f. klin. Med.* 35. *Bd. No.* 3 *u.* 4.
Eldridge, *Syphilis in Japan, Pac. med. and surg. Journ.* 24. *Bd.* (1880—1881) 193.
Erb, W., *Syphilis und Tabes, Zur Kritik u. Abwehr, Berl. klin. Wochenschr.* 29. *Bd.* (1892); *ebenda* 33. *Bd.* (1896).
Gebert, *Ueber eine Familienepidemie von extragenitaler Syphilis, Berl. klin. Wochenschr.* (1896) *No* 41.
Hirsch, *Handbuch der historisch-pathologischen Pathologie, Erlangen* 1860, 2. *neue Bearbeitung, Stuttgart* 1883.
Hjelt, Otto, *Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Finnland, Berlin* 1874.
Jones, Fred, *Prevalence of syphilis, Lancet* (1859) 2. *Bd.*
Livingstone *s.* **Hirsch**, *Hdbch. d. hist.-geogr. Pathol.*
Maurin, *Arch. de méd. nav.* (1877) *Aug.*, 93.
Montejo y Robledo, *Ueber die Angaben des Diaz de Isla bezüglich des Ursprungs der Syphilis, El Siglo méd. Madrid* (1857) *oder Rapport auf dem Americanisten-Kongr. zu Madrid.*
Popow, K., *Ueber die Verbreitung der Syphilis etc., Monatsh. f. prakt. Dermat.* 6. *Bd.*
Rasch, *Ueber das Klima und die Krankheiten im Königreich Siam, Virch. Arch.* 140. *Bd.* (1895) *Heft* 2.
Raynaud, *Affections cutanées et vénériennes des Berbères de l'Aurès, Journ. de mal. cutan. et syph. T.* 5 (1893); *Revue des maladies cutanées et vénériennes signalées chez les indigènes Algériens, Journ. des mal. cutan. et syph. T.* 9 (1897).
Vincent, *Exposé clinique des maladies des Kabyles, Bull. de la Soc. de méd. d'Alger* (1862).
Welander, Edvard, *Om de veneriska Sjukdomarnes Historia i Sverige, Stohkholm* 1898.

III. Die Prostitution.

Die Prostitution — d. i. diejenige Form des außerehelichen Geschlechtsverkehrs, bei welcher für den einen Teil, die Frau, das Motiv nicht persönliche Zuneigung, auch nicht, wenigstens nicht vorwiegend, der sinnliche Trieb, sondern ausschließlich oder vorwiegend der Erwerb ist — ist zwar nicht so alt wie die Menschheit, aber doch so alt wie die menschliche Civilisation, jedenfalls so alt wie die Einrichtung der Ehe, deren notwendiges und ständiges Korrelat sie bildet. Notwendig, da die Ehe, die gesellschaftlich, späterhin kirchlich und staatlich anerkannte Form der Vereinigung beider Geschlechter, nicht allen Anforderungen selbst primitiver gesellschaftlicher Zustände genügen konnte und stets anderen Formen des Geschlechtsverkehrs Raum lassen mußte. Es lag nahe, daß schon früh einzelne Frauen ausschließlich diesem Zweck gewidmet wurden. So finden wir die Prostitution denn auch im frühen Altertum, den Lebensgewohnheiten der Zeit entsprechend, unter der Form der religiösen Kulte und der sogenannten gastfreundlichen Prostitution. Späterhin kommen die Bordelle mit Sklavinnen als Insassen auf, während z. B. der Verkehr mit den eigenen Sklavinnen eine so selbstverständliche Sache war, daß derselbe überhaupt gar nicht unter den Begriff der Prostitution fiel. Aber schon in der Dekadenzperiode Griechenlands und zur Zeit des Verfalles des Römerreiches machte sich in erheblichem Maße eine neue Form der Prostitution geltend, die Prostitution freier weiblicher Lumpenproletarier. Während des Mittelalters nahm sie den Sitten der Zeit entsprechend den Charakter eines zünftigen Gewerbes mit besonderen Sitten und Gebräuchen an: die Dirnenzunft wählte (z. B. in Nürnberg) alljährlich eine neue Bordellkönigin, die von der Obrigkeit bestätigt und vereidigt wurde und die befugt war, alle Winkeldirnen als nicht zunftgemäße Pfuscher zu verfolgen. Was in den Städten unter der Form der Gilde auftrat, spielte sich auf dem Lande im Rahmen der lehensartigen Verpflichtung ab: die Ritter und Junk-

herren hatten ja das Anrecht auf die erste Nacht ihrer weiblichen Insassen — und sie werden sich sicherlich oft genug nicht mit der ersten begnügt haben. Ueberhaupt war die geschlechtliche Freiheit des Mannes damals eine ungemessene: der Besuch der Bordelle galt nicht als Ehebruch; Beamte, die auf Reisen waren, setzten die Kosten für den Besuch der Freudenhäuser einfach unter die Reisespesen, und zu Ehren hoher Gäste wurden, wie man heute Paraden abhält, die Dirnen von den Behörden neu eingekleidet und den Gästen sowie deren Gefolge gratis zur Verfügung gestellt.

Noch war die Herrschaft des Mannes eine absolute; noch forderte er für sich das Recht auf außerehelichen Beischlaf und ließ das Gemeinwesen dafür sorgen, daß ihm die Ausübung dieses Rechtes ermöglicht wurde. Noch fragte man nicht nach Menschenrechten oder gar nach Rechten der Frau; ja, was dem Manne ausdrücklich gestattet wurde, war der Frau auf das strengste verboten, und die einmalige Uebertretung dieses Verbotes wurde neben anderen entehrenden Strafen mit der zwangsweisen Verurteilung zur beständigen Prostitution bestraft, was zugleich den Vorteil hatte, das für die Prostitution erforderliche weibliche Personal zu beschaffen. Der Staat, die Kommune nahm selbst die Verwaltung der Freudenhäuser in die Hand: das war in Deutschland nicht anders als in England, Frankreich, Italien, überall. Hier waren es die Könige, dort die Päpste, die von den Prostituierten umfangreiche Licenzsteuern erhoben; brachte doch Sixtus IV. ein einziges Bordell, das er hatte bauen lassen, jährlich 20000 Dukaten ein.

Diese köstliche Zeit fand ein Ende durch die Syphilis und die Reformation. Mit der Entdeckung Amerikas, dem Aufblühen des Welthandels bereitete sich eine neue Epoche vor; Adel und Geistlichkeit werden in den Hintergrund gedrängt durch das zu immer größerer Macht sich entwickelnde Bürgertum — in den großen Industrie- und Handelscentren konzentriert sich auch die moderne Prostitution unter Formen, die den neuen gesellschaftlichen Zuständen angepaßt sind.

War, wie wir sahen, von je die ökonomische Struktur der Gesellschaft von entscheidender Bedeutung für die Erscheinungsweise der Prostitution, so gilt dies auch für die moderne Zeit, die Epoche der kapitalistischen Produktion. Wie die menschliche Arbeitskraft zur Ware wird, durch deren Ankauf und Anwendung der Kapitalist Mehrwert erzielt, so bemächtigt sich schon verhältnismäßig früh das Kapital der Prostitution, um Gewinn auch aus dieser Form menschlicher Arbeitskraft in großem Maßstabe auszupressen. Die Bordelle, im Mittelalter *öffentliche*, unter öffentlichem Schutz stehende *Anstalten*, deren Vorsteher vom Stadtrat ernannt und vereidigt wurden, tauchen nach der Reformation als *Privatanstalten* auf und haben sich in dieser Form fast überall bis jetzt erhalten. Hier werden nicht Sklavinnen — nein, freie Frauen zu Dutzenden zusammengepfercht, um unter dem Schutz der Polizei durch angestrengte Arbeit den Bordellhaltern Reichtümer zu erwerbeu. Agenten durchstreifen das Land, um die schnell abgenutzte Ware durch frische zu ersetzen; es entwickelt sich ein schwunghafter internationaler Handel, Export aus den Produktionsgebieten und Import nach den Ländern und Orten, wo die Ware Prostitution einen begehrten und gut bezahlten Konsumartikel bildet. Wo die Gesetze des Landes oder die Sitten der Bevölkerung die Bordelle und so die Ausbeutung der Prostitution im großen nicht aufkommen lassen, da nimmt diese Aus-

beutung andere Formen an: Kupplerinnen, Hauswirte und Zuhälter heften sich an die Sohlen der unglücklichen Geschöpfe; und so hoch auch zu Zeiten günstiger Konjunktur ihre tägliche Einnahme sein mag, für sie selbst bleibt nur der notdürftige Lebensunterhalt und nichts, um den täglichen Verlust an Kraft, Gesundheit, Jugend und Schönheit auch nur zum geringsten Teil zu decken.

Daß sich die Prostitution namentlich in den großen Städten ansiedelt, kann nicht wunder nehmen, wenn man bedenkt, daß hier sowohl Angebot wie Nachfrage in großem Maßstab auftreten. Schafft an und für sich schon der Konflux großer Menschenmassen außerordentliche Verhältnisse, so wird durch das Zusammenströmen zahlreicher geschlechtsreifer unverehelichter Individuen, durch den starken Fremdenverkehr das Bedürfnis nach unehelichem Geschlechtsverkehr in unverhältnismäßig starkem Maße gefördert. Und dieser Zustand wird in Permanenz erklärt, wenn, wie es nunmehr als eine unausbleibliche Folge unserer Kultur sich herausgestellt zu haben scheint, der Beginn der Geschlechtsreife sich weit eher einstellt als die Möglichkeit, durch eigenen Erwerb für die Erhaltung einer ganzen Familie in klassengemäßer Lebenshaltung zu sorgen.

Am schlimmsten ist hierbei die Lage des Mittelstandes, der ja auch das Hauptkontingent zu den Konsumenten der Prostitution liefert. Der Arzt, der Kommis, der Beamte, der Lehrer — sie alle befinden sich in wirtschaftlich so unsicherer oder gedrückter Lage, daß sie, wenn sie auf die Lebensgewohnheiten ihrer Klasse nicht verzichten wollen, erst spät oder gar nicht heiraten können und ein bis eineinhalb Jahrzehnte auf die Prostitution angewiesen sind.

Etwas günstiger gestellt ist der Proletarier, der mit seinen geringen Ansprüchen an die Lebenshaltung in der Regel früher das dürftige Maximum seines Einkommens erreicht und daher durchschnittlich weit früher als die Angehörigen der anderen Klassen heiratet. Nicht, daß er der Prostitution völlig entbehren könnte, wie vielfach angegeben wird; wer mit den Verhältnissen genauer vertraut ist, weiß, daß der Arbeiter relativ zwar weit schwächer als die anderen Bevölkerungsschichten, absolut aber doch erheblich stark unter den Konsumenten der Prostitution vertreten ist.

Nun ist ja freilich die Prostitution nicht die einzige Form des außerehelichen Geschlechtsverkehrs; ja die besitzlosen Klassen haben von jeher jene andere Form des Geschlechtsverkehrs bevorzugt, die ihren ökonomischen Verhältnissen am besten entsprach: die „freie Liebe". Aber neben der freien Liebe gewinnt — leider — auch im Proletariat die Prostitution erheblich an Umfang. Es geht das schon zahlenmäßig daraus hervor, daß z. B. in Berlin in den letzten drei Decennien trotz andauernder, zeitweise sogar zunehmender Ehelosigkeit die Zahl der unehelichen Geburten erheblich abgenommen hat: es muß also jene Form des außerehelichen Geschlechtsverkehrs, bei der die Kindererzeugung nicht in Betracht fällt, zugenommen haben. Erklärlich ist auch das; denn selbst die illegitime Ehe mit ihrer Aussicht auf Kindersegen ist für den Arbeiter oft ein zu kostspieliges Vergnügen, zumal sich ihm der Geschlechtsverkehr in Form der Prostitution als ein leichterreichbares und billiges Ersatzmittel bietet, ja oft genug aufdrängt.

Ob durch das überreiche Angebot ein Bedürfnis geschaffen wird, das ursprünglich nicht vorhanden, ob also die „Verlockung" für die

Verbreitung der Prostitution eine so wichtige Rolle spielt, wie die Frommen im Lande behaupten, erscheint mehr als zweifelhaft. Für den Einzelnen trifft das hie und da zweifellos zu; für die Gesamtheit der mannbaren Jugend kann man getrost behaupten, daß trotz des großen Angebots das natürliche Bedürfnis bei weitem nicht befriedigt wird. Wir stehen nicht auf dem Keuschheitsstandpunkt Tolstoi's und Björnson's, welche, von der Thatsache ausgehend, daß es Menschen giebt, die ihr geschlechtliches Bedürfnis ohne Schädigung der Gesundheit unterdrücken können, annehmen, vermittelst der sittlichen Kraft könne die übrige Jugend das auch durchführen: ein derartiger Standpunkt zeugt von völliger Unkenntnis des thatsächlichen Durchschnittsmenschen. Sowohl die Intensität des Geschlechtsbedürfnisses, als die Kraft, dasselbe zu unterdrücken, sind bei den verschiedenen Individuen enorm verschieden; für eine gewisse Zahl von Menschen einer Rasse in einem bestimmten klimatischen, ökonomischen und sozialen Milieu ist dasselbe, wenn auch nicht exakt zu berechnen, so doch von einer ganz bestimmten Größe. Daß z. B. das großstädtische Leben dieses Bedürfnis steigert, ist eine anerkannte Thatsache; aber wir haben mit dieser Thatsache als einer gegebenen Größe zu rechnen. — Dem Einzelnen können wir mit Bezug auf geschlechtliche Enthaltsamkeit Ratschläge erteilen, die er befolgen wird, wenn anders sein Charakter und sein Temperament es ihm gestatten. Der Gesamtheit können wir überhaupt keine Vorschriften machen; die Triebfedern ihres Handelns entspringen mit Notwendigkeit der jeweiligen äußeren Konstellation.

Dieser Punkt ist in der ganzen Prostitutionsfrage von größter praktischer Bedeutung. Stehen wir eben auf dem Standpunkt, daß nicht das Angebot von Prostitution ein Bedürfnis erzeugt, sondern daß das nach Befriedigung lechzende gesellschaftliche Bedürfnis erst das Angebot provoziert, so müssen die ausschließlich auf Verringerung des Angebots bez. des Zustroms zur Prostitution gerichteten Bestrebungen erfolglos bleiben. Sie können höchstens den Erfolg haben, daß die anderen Formen des außerehelichen Geschlechtsverkehrs in den Vordergrund treten.

In demselben Maße, wie auf Seiten des Mannes das Bedürfnis nach Prostitution wächst, vermehrt sich auf der anderen Seite ihr Angebot: dieselben wirtschaftlichen Verhältnisse, die dem Manne die Eheschließung erschweren, überliefern die Frau der Prostitution. Die oft gehörte Redensart, daß die moderne kapitalistische Produktion schuld sei an der Prostitution, ist sicher grundfalsch. Solange ein Bedürfnis nach außerehelichem Geschlechtsverkehr bestand und solange es arme Weiber gab, die dieses Bedürfnis zu befriedigen bereit waren, solange hat es stets Prostitution gegeben. Aber der Eintritt der Frau in die industrielle Armee hat das Angebot derselben in zuvor nicht gekanntem Maße begünstigt und gesteigert, die dem „ehernen Lohngesetz" hohnsprechenden niederen Löhne der Frau, die in vielen Erwerbszweigen ihr ein menschenwürdiges Dasein überhaupt nicht ermöglichen, die Perioden der Arbeitslosigkeit, in denen Tausende aufs Pflaster gesetzt werden, das notgedrungene frühzeitige Hinaustreten in den harten wirtschaftlichen Kampf — alles das wirkt mit, um die Frau in die Bahn der Prostitution zu drängen.

Und doch scheint es, als ob hie und da ganz langsam eine kleine Besserung der Zustände vor sich gehe. Dafür spricht ein Vergleich zwischen Erhebungen, welche in Berlin zu drei verschiedenen Zeitabschnitten des 19. Jahrhunderts über die frühere Berufsstellung der Prostituierten angestellt worden sind, zuerst im Jahre 1855 durch Hueppe, dann 1873 durch Schwabe und neuerdings 1898, freilich in kleinerem Maßstabe, durch Behrend.

Danach waren von 296 Prostituierten, die 1855 neu unter Kontrolle traten, geborene Berlinerinnen 241; dem Berufe nach waren vor Ausübung der Prostitution gewesen:

Fabrikarbeiterinnen	73	also in der Industrie erwerbsthätig	70,0 Proz.
Näherinnen, Wäscherinnen, Plätterinnen	16		
Handarbeiterinnen	23		
Hausarbeiterinnen	32		
Dienstmädchen	22		7,1 „
Ohne Angabe des ursprünglichen Berufs	70		22.9 „
Im Jahre 1873 waren von 2224 Prostituierten früher gewesen:			
Fabrikarbeiterinnen	355	also in der Industrie erwerbsthätig	64,3 „
Hausindustrie und Ladengeschäft	936		
Aufwärterinnen in Verkaufslokalen	139		
Gesinde	794		35,7 „
Im Jahre 1898 waren von 152 Prostituierten vorher gewesen:			
Arbeiterinnen, Schneiderinnen, Verkäuferinnen	66		43,4 „
Dienstmädchen	78		51,3 „
Im Hause der Eltern	7		5,3 „
Erzieherin	1		

Es ist somit die Zahl der zuvor in der Industrie beschäftigten Prostituierten in diesen 44 Jahren von 71 Proz. über 64 Proz. auf 43 Proz. herabgesunken, während die Klasse der Dienstmädchen von 7,1 über 35,7 auf 51,3 Proz. gestiegen ist*).

Es geht hieraus zunächst ohne Zweifel hervor, daß die arbeitende Bevölkerung Berlins heute einen ungleich ungünstigeren Nährboden für die Prostitution bilden muß als früher.

Und das läßt sich nicht anders erklären, als daß nicht nur ihre Erwerbsverhältnisse sich im Laufe dieser Epoche günstiger gestaltet haben, sondern daß auch das intellektuelle und ethische Niveau der Berliner Arbeiterbevölkerung heute viel höher steht als vor einem halben Jahrhundert. Gewiß mögen auch die Industriearbeiterinnen, besonders die geborenen Berlinerinnen mehr unter der „gelegentlichen" Prostitution figurieren; aber auch das würde auf ein höheres sittliches Niveau hindeuten.

Zu denken giebt auf der anderen Seite das außerordentlich erhebliche Ansteigen des Prozentsatzes, mit welchem die Dienstmädchen

*) Wie sehr sich innerhalb dieser Zeit die Verhältnisse verschoben haben, geht auch daraus hervor, dafs 1855 unter den 296 Prostituierten 241, d. h. 81,4 Proz. geborene Berlinerinnen waren, im Jahre 1873 nur noch 44,5 Proz.; und wer die Verhältnisse kennt, wird zugeben, dafs im Jahre 1898 höchstens 25 Proz. geborene Berlinerinnen sich unter den gewerbsmäfsigen Prostituierten befinden. Nun ist ja der Anteil der geborenen Berlinerinnen an dem Gesamtbestande der erwerbsthätigen weiblichen Bevölkerung in diesem Zeitraum erheblich zurückgegangen. Doch schon 1863 waren selbst prozentualiter die geborenen Berlinerinnen geringer vertreten als die von auswärts Zugezogenen, da von den Zugezogenen auf 177 weibliche Individuen, von den geborenen Berlinerinnen erst auf 190 Frauen eine Prostituierte kam.

an dem Bestande der Prostitution teilnehmen, eine Thatsache, der wir auch in anderen großen Städten überall begegnen. Das läßt darauf schließen, daß in dieser Bevölkerungsschicht sich nicht die gleiche günstige Wandlung vollzogen hat, und daß sowohl in der rechtlichen Lage als auch in den äußeren Lebensbedingungen der Dienstmädchen heute noch ebenso zahlreiche, wenn nicht noch mehr Momente gegeben sind, welche dieselben der Prostitution in die Arme treiben. Noch gilt in Preußen für das städtische Gesinde die außerordentlich harte Gesindeordnung vom Jahre 1815, noch heute rekrutiert sich weitaus die größte Mehrzahl der weiblichen Dienstboten vom Lande und aus der Provinz, von wo sie, was den Geschlechtsverkehr betrifft, die ungeniert natürlichen Anschauungen der Landbevölkerung mit in die Stadt bringen; noch heute verweist wie ehedem die Tradition des preußischen Heeres den preußischen Grenadier zur Befriedigung seiner geschlechtlichen Bedürfnisse an die Küchenfee. Und nun versetze man diese Klasse in die Millionenstadt mit ihren tagtäglich tausendfach sich aufdrängenden Verführungen, denen die Mädchen, sobald sie stellungslos geworden sind, ohne Heim, ohne Rückhalt in der Familie, ohne berufliche Organisation wahrlich leicht genug unterliegen können.

Und wie leicht gerade die schlecht bezahlten unter den Dienstmädchen zur Prostitution gedrängt werden, geht auch daraus hervor, daß nach der Behrend'schen Statistik von 78 Dienstmädchen 38, das ist fast die Hälfte, 120 M. Jahresverdienst hatten. Dasselbe gilt von den Arbeiterinnen: von 47 früheren Arbeiterinnen hatten 32 einen Wochenverdienst von weniger als 12 M. und unter diesen 20 weniger als 10 M. gehabt.

In krassem Widerspruch zu dieser Auffassung, welche in den ungünstigen ökonomischen Bedingungen ein ausschlaggebendes Moment für den Zustrom zur Prostitution sieht, steht die neuerdings von Lombroso und Tarnowsky vorgetragene Lehre, nach welcher die Prostitution nicht die Folge irgend welcher sozialer Bedingungen, insbesondere nicht materieller Not, sondern der natürliche Ausdruck angeborener Lasterhaftigkeit ist. „Weder Unbekanntschaft mit den Grundsätzen der Moral und Religion, noch Mangel an Erwerb, noch Obdachlosigkeit, noch trostlose Armut — nicht die äußeren Lebensverhältnisse, sondern ihre innere Organisation selbst, ihre lasterhafte Veranlagung ist es, was diese Weiber ihrem direkten Vorteil, Verstand und allen Warnungen entgegen zu diesem „verfluchten" Leben hinzieht." Diese Lehre, die die Prostitution als die notwendige Folge einer angeborenen moral insanity betrachtet, enthält natürlich ein winziges Körnchen Wahrheit in ungeheuerlicher Uebertreibung. In der That giebt es unter den Prostituierten einen kleinen Prozentsatz von Individuen, die ihrer ganzen abnormen physischen Anlage nach von vornherein für diesen Beruf bestimmt zu sein scheinen, geborene Prostituierte, die manchmal selbst aus glänzenden materiellen Verhältnissen heraus mit unfehlbarer Sicherheit dieser ihrer Bestimmung entgegengehen und die, selbst unter günstige Bedingungen gebracht, immer wieder in ihren Schmutz zurückkehren. Das gilt aber nicht für die weitaus größere Mehrzahl der Prostituierten, die sich aus der großen Masse der Durchschnittsfrauen rekrutieren und die nur durch irgend welche äußeren Lebensverhältnisse zur Prostitution gedrängt werden. Nichts spricht dafür so deutlich wie die obige Statistik. Aus welchem Grunde sollte z. B. unter den weiblichen Dienstboten die

Zahl der von Natur fehlerhaft veranlagten Individuen eine so große sein, so unverhältnismäßig viel größer als in den übrigen Schichten der weiblichen Bevölkerung? Ist die Lombroso'sche Lehre richtig, so müssen unter den Prostituierten alle Schichten der weiblichen Bevölkerung in dem gleichen Mischungsverhältnis vertreten sein wie in der gesamten weiblichen Bevölkerung. Ist das, wie wir sahen, nicht der Fall, so ist damit der Beweis für das Irrtümliche der Lehre Lombroso's gegeben und zugleich der Beweis, daß die äußeren Lebensbedingungen irgend einer Bevölkerungsschicht diese eher geneigt dazu machen, zur Prostitution überzugehen als andere Schichten.

Das starke Absinken der Prozentziffer, mit der die Industriearbeiterinnen an der Prostitution theilnehmen, mag zu einem Teil freilich bedingt sein durch das allmähliche Ueberhandnehmen einer Erscheinung, die zwar vor 50 Jahren auch schon existierte, die aber jetzt doch wohl eine ungleich größere Bedeutung gewonnen hat, d. i. der nicht eigentlich berufsmäßigen, sogenannten gelegentlichen Prostitution. Nicht nur, daß in allen großen Industrieorten Tausende von arbeitenden und kümmerlich bezahlten Frauen in der Prostitution beständig einen mehr oder weniger wesentlichen Nebenerwerb suchen müssen, nein, wir finden auch in gewissen Berufsarten, wo die Saisonarbeit blüht, die Prostitution zeitweise gewissermaßen zur Ausfüllung der arbeits- und erwerbslosen Zeit und abwechselnd mit der eigentlichen Berufsthätigkeit ausgeübt. Diese Gruppe, an Zahl der berufsmäßigen Prostitution um das Vielfache überlegen, ist für den, der die Wesenseigentümlichkeit der modernen Prostitution kennen lernen will, eigentlich bei weitem die interessantere. Hier finden wir sie in den verschiedensten Formen: Vom „festen Verhältnis" in seinen vielfachen Nüancierungen — abhängig von dem Mischungsgrade, in welchem wirkliche Zuneigung und materielle Abhängigkeit darin vertreten sind — bis herab zu der flüchtigen Augenblicksbekanntschaft, die mit barem Gelde entlohnt wird und sich von der gewerbsmäßigen Prostitution kaum noch unterscheidet, finden sich alle Uebergänge; wie denn wohl fast alle gewerbsmäßigen Prostituierten ursprünglich nur gelegentlich Prostitution trieben und erst allmählich, die eine schneller, die andere langsamer, ihrem unseligen Berufe verfielen. Aber es ist doch nur die Minderzahl der Mädchen, die schließlich wirklich gewerbsmäßige Dirnen werden; die Mehrzahl, die weitaus überwiegende Mehrzahl sinkt nie zu dieser Stufe herab.

Diese Verhältnisse muß man kennen und im Auge behalten, wenn man irgend eine Maßnahme zur Assanierung der Prostitution mit Bezug auf Durchführbarkeit oder Wirksamkeit beurteilen will. Es ist vielleicht der verhängnisvollste Fehler unseres heutigen Reglementierungsverfahrens, daß es diesen Entwickelungsgang unberücksichtigt gelassen hat und nur „Prostitution" als scharf definierten Begriff kennt und gleichzeitig auch als strafwürdiges Laster verfolgt, zu kontrollieren und zu reglementieren versucht. Mit welchem Erfolge dies geschieht, werden wir in den folgenden Kapiteln sehen.

Behrend, *Artikel „Prostitution" in Eulenburg's Realencyclopädie d. ges. Med.*
Huppé, S. E., *Der Hauptbestandteil im sozialen Defizit von Berlin, Berl. städt. Jahrb.* (1870) 98 *ff.*

Lombroso, C., u. **Ferrero, G.,** *Das Weib als Verbrecherin und Prostituierte, Anthropologische Studien, gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie des normalen Weibes, autor. Uebers. v.* **H. Kurella,** *Hamburg* 1894 8°, *XVI.* 590 *SS.*
Schwabe, H., *Einblicke in das innere und äußere Leben der Berliner Prostituierten, Berl. städt. Jahrb.* (1874).
Tarnowsky, *Bericht über die venerischen Krankheiten, St. Petersburg* 1881; *Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes, eine forensisch-psychiatrische Studie, Berlin* 1886; *Erfahrungen des Abolitionismus in der Prostitutionsfrage in Italien, Intern. Centralbl. f. Physiol. u. Pathol. der Harn- u. Sexualorgane* 3. *Bd. Heft* 5 *u.* 6; *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 15. *Bd.* (1892) 85.
Tarnowsky, B. M., *Prostitution und Abolitionismus, Hamburg u. Leipzig* 1890.
Tarnowsky, Pauline, *Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses, Paris* 1889.

IV. Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten.

Historisches.

Es ist nicht ohne Interesse, den ersten Anfängen einer Prophylaxe der venerischen Krankheiten nachzugehen. Eine solche beginnt für die öffentliche Gesundheitspflege Bedeutung anzunehmen erst mit dem Auftreten der Syphilis am Ende des 15. Jahrhunderts. Zwar wußte man schon vordem, daß die Ausübung unreinen Beischlafs, insbesondere beim Verkehr mit Prostituierten Krankheiten im Gefolge haben könne; und sowohl eine alte Bordellordnung von Avignon aus dem Jahre 1347, wie ein Gesetz gegen die Prostitution in Zürich vom Jahre 1413, Verordnungen des Rats von Luzern gegen die Prostitution aus den Jahren 1469 bis 1572 beweisen, daß man sich schon damals nicht bloß darauf beschränkte, an venerischen Krankheiten (Tripper, Ulcus molle etc.) Leidende zu behandeln, sondern schon durch geeignete prophylaktische Maßnahmen gegen die Verbreitung dieser Krankheiten ankämpfen zu können glaubte.

Aber einen größeren Umfang erreichte diese Prophylaxe erst, als im Jahre 1495 in dem vor Neapel liegenden Heere Karls VIII. die Syphilis mit der Gewalt einer furchtbaren Seuche ausbrach und von da sich mit ungeheurer Heftigkeit über ganz Europa verbreitete, in wenigen Jahren Tausende dahinraffte und andere Zehntausende einem dauernden Siechtum überlieferte.

Es war vielleicht ein sonderbares Zusammentreffen, daß gerade um jene Zeit der Aussatz in Mitteleuropa, nachdem er mehrere Jahrhunderte geherrscht hatte, im Schwinden begriffen war und die zu seiner Bekämpfung begründeten Lazaruskrankenhäuser eben für Kranke anderer Art frei zu werden begannen. Virchow hat in seinen historischen Untersuchungen über die Lepra gezeigt, wie die Aussatzhäuser mit dem Nachlassen der Lepra allmählich ihren ursprünglichen Charakter verloren und sich aus ihnen nachher die echten Hospitäler („Lazarette"), zum Teil die Siechenhäuser entwickelten. Zunächst waren es Syphilitische, welche in die Krankenhäuser kamen; doch reichte die Zahl der letzteren bei weitem nicht aus, um alle Erkrankten aufzunehmen. In Bern mußte man den Syphilitischen eigene Sonderfeldhütten machen, in Prag, wo die Krankheit erst 1494 verbreitet wurde, lagen die Kranken anfangs auf den Straßen, auf dem großen Ring und unter den großen Lauben. Später mußten sie ebenfalls vor die Stadtthore, wo sie sich in kleinen Buden häuslich einrichteten. Anderswo wußte man sich anders zu helfen. In Würzburg richtete man die Pestkrankenhäuser für sie ein. In Edinburgh wurde durch

ein Edikt Jakobs II. von Schottland vom 22. September 1497 allen Syphilitischen bei Strafe der Brandmarkung befohlen, Edinburgh augenblicklich zu verlassen und auf Booten, auf welchen sie bis zur vollständigen Heilung bleiben sollten, nach Leith zu fahren. Auch erließ man schon in der Erkenntnis, daß die Prostitution bei der Verbreitung der Krankheit beteiligt sei, in Faënza im Kirchenstaat im Jahre 1497 einen Erlaß, wonach die Prostituierten gebrandmarkt werden sollten, falls sie sich einem syphilitischen Mann hingäben oder, mit der Krankheit behaftet, ihrem Gewerbe nachgingen.

Im allgemeinen aber war die Erkenntnis, daß die Syphilis mit dem außerehelichen Geschlechtsverkehr zusammenhänge, in jener Zeit noch wenig verbreitet, und die Krankheit trug dementsprechend in der öffentlichen Schätzung noch nicht jenen Makel, welcher ihr später anhaftete. Konnte doch Hutten noch im Jahre 1519 seinem „De guaiaco medicina et morbo gallico" ein Widmungsschreiben an den Erzbischof von Mainz mit auf den Weg geben, was wohl kaum möglich gewesen wäre, hätte man damals die Syphilis schon als Folge ausschweifenden Lebenswandels betrachtet.

Doch das änderte sich bald, als man den wahren Charakter und den Verbreitungsmodus der Erkrankung erkannte. Es bildete sich mit der Zeit, da man begann, die Geschlechtskranken als moralisch verworfen zu betrachten, jenes unselige Vertuschungssystem aus, das dazu führte, daß der von einer Geschlechtskrankheit Befallene nicht nur vor der Welt sein Leiden mit aller Sorgfalt zu verbergen suchte, sondern auch den Arzt oft erst in Anspruch nahm, wenn sein Zustand ihm unerträgliche Beschwerden verursachte. Hier wie in keinem Gebiete der Medizin entfaltete sich schon früh das Quacksalbertum, das ja vom Quecksilber seinen Namen erhalten hat, zur höchsten Blüte. Hielten es doch die zünftigen Aerzte meist für ihrer unwürdig, sich mit der Behandlung von Geschlechtskranken zu befassen, und nahmen doch die öffentlichen Krankenhäuser Geschlechtskranke meist nicht in ihren Mauern auf. Einzelne große Städte machten hiervon eine Ausnahme. So wurde in Breslau das Krankenhaus zn St. Hiob, in Nürnberg St. Sebastian, in Wien das Krankenhaus zu St. Marx eigens für diesen Zweck bestimmt, und auch in Straßburg wurde von Stadt wegen für die Syphilitischen gesorgt. Am dortigen Blatternhaus war in der Mitte des 17. Jahrhunderts Peter Sartorius, einer der bekanntesten Wundärzte jener Zeit, als „Frantzosen-Artzt" angestellt. Und die hygienischen Verhältnisse ebenso wie die Behandlung müssen unter ihm daselbst schon so gute gewesen sein, daß er nach seiner eigenen Angabe in 5 Jahren nicht mehr als 2 Patienten an interkurrenten Krankheiten verloren hat.

Die Geschichte der Medizin bewegt sich nicht in einer gerade aufsteigenden Linie; sonst wäre es nicht zu erklären, daß noch 150 Jahre später im Krankenhause Bicêtre zu Paris, wo damals die Syphilitischen behandelt wurden, die Mortalität an Syphilis eine ungeheuere war. Das erklärt sich, wenn man das Reglement dieses Hospitals aus dem Jahre 1781 kennen lernt, aus welchem man ersieht, daß die Kranken zu 6, 8, ja 10 zusammen in einem großen Bette lagen, in engen, schlecht gelüfteten Sälen, schlecht genährt und einer intensiven Schmierkur unterworfen wurden, welcher andauernde Aderlässe und Purgationen vorangingen. Unter diesen Umständen war es kein

Wunder, wenn die Sterblichkeit der Syphilitischen daselbst sich im Jahre 1792 auf die furchtbare Ziffer von 46 Proz. erhob.

Eine eigentliche staatliche Prophylaxis gegen die Syphilis wurde schon lange von vielen Autoren als notwendig verfochten, doch erst von Johann Peter Frank Ende des vorigen Jahrhunderts durch sein „System einer vollständigen medizinischen Polizei" eingehend befürwortet. Er spricht sich für die Errichtung staatlich beaufsichtigter Bordelle und für die schonungslose Unterdrückung der Winkelhurerei aus. „Durch Regelung der Prostitution würden, wie er sagte, die öffentlichen Dirnen durch die genaueste Aufsicht, bei der geringsten Bemerkung einer vorangegangenen Ansteckung, näher verwahrt und bis zu einer gänzlichen Wiederherstellung ihrer Gesundheit in die Unmöglichkeit versetzt, das ererbte Gift mit gemeinem Wesen weiter auszubreiten . . . Würden alle von dem venerischen Uebel kennbarlich angesteckten Manns- und Weibspersonen durch genauere Aufsicht und vorgenommene Untersuchung von allem Umgange mit einander so lange abgehalten, bis dieselben durch eine gänzliche Herstellung, wegen zu befürchtenden Folgen auf sie selbst und auf die Früchte ihres Umganges alle mögliche Sicherheit zu geben im Stande seyen."

Im Grunde genommen stellt die heutige Prophylaxe nicht viel anderes dar, als die Frank'schen Vorschläge verlangten — mit dem Vorbehalt freilich, daß sich die Ueberwachung nur auf die „Weibspersonen" beschränkt.

Die ersten Anfänge des heutigen Systems finden sich gegen Mitte vorigen Jahrhunderts in Rom und Neapel, wo die Prostituierten damals schon in eine Liste eingetragen und, wie es scheint, regelmäßig überwacht wurden. Auch in Deutschland scheint eine Art von sanitärer Ueberwachung wenigstens der in Bordellen lebenden Dirnen existiert zu haben; freilich muß diese Ueberwachung noch recht unvollkommen gewesen sein. So heißt es z. B. in dem Berliner Bordellreglement von 1700:

„§ 5. Die Gesundheit der Schwärmer sowohl als auch der Mädchen selbst zu erhalten, muß in jedem Viertel alle 14 Tage ein dazu bestellter Chirurgus forensis alle Mädchen dieser Art in seinem Viertel visitieren."

„§ 9. Ist das Mädchen schon soweit infiziert, daß sie durch bloße Reinigung und Enthaltsamkeit (!) nicht kuriert werden, schickt sie der Chirurgus in das Hospital der Charité, wo sie auf dem Pavillon unentgeltlich verpflegt wird."

Kurz vor dem Ausbruch der französischen Revolution wurde in Paris die Einschreibung und Ueberwachung der Prostituierten zum ersten Male und, nachdem diesen während der ersten Jahre der Revolution die Freiheit wiedergegeben war, 1796 durch Beschluß des Konvents wiederum eingeführt. Durch verschiedene Aenderungen in den Jahren 1801, 1804, 1816 und 1828 wurde dieser Kontrolle schließlich ihre noch heute giltige Form gegeben, eine Form, die nicht nur für Paris und Frankreich Geltung hat, sondern auch im Laufe des 19. Jahrhunderts ihren Siegeszug durch die Länder Europas genommen hat. Die „Bekämpfung der Prostitution" hat denn auch während dieser Zeit alle übrigen Maßnahmen zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten so zurückgedrängt, daß es in manchen Staaten scheinen könnte, als sei mit ihr alle Prophylaxis gegen diese Krankheiten erschöpft. Bei der Bedeutung, die auf diese Weise die Ueberwachung

der Prostitution gewonnen hat, müssen wir ihr eine besonders eingehende Besprechung widmen.

A. Die Reglementierung.

Zur Abwehr der gesundheitlichen Gefahren seitens der Prostitution ist es notwendig, die erkrankten Prostituierten während der Dauer ihrer Erkrankung aus dem Verkehr zu entfernen und sie einer Behandlung zu unterziehen. Selbstverständlich muß man dazu erst wissen, welche von den Prostituierten krank sind, d. h. man muß erst die Prostituierten und dann unter diesen die Erkrankten ausfindig zu machen suchen. Dies der Gedankengang, auf den sich das heute herrschende Ueberwachungssystem der Prostitution gründet, welches mit geringen Abweichungen, bedingt einmal durch die Lage der Gesetzgebung in den verschiedenen Ländern, ein andermal durch die Verschiedenheit der Sitten und die örtlichen Verhältnisse, doch im großen und ganzen ein einheitliches Gepräge trägt. Dasselbe besteht in seinen wesentlichen Grundzügen darin, daß diejenigen Mädchen, die nach ihrer Erklärung oder durch den Aufenthalt in einem Bordell die Absicht kundgeben, die Prostitution auszuüben, oder die sonst irgendwie der gewerbsmäßigen Ausübung der Prostitution überführt werden, in eine Liste eingeschrieben werden. Die so eingeschriebenen Prostituierten unterliegen einer ständigen polizeilichen Ueberwachung, welche in gesundheitlicher Beziehung darin besteht, daß die Mädchen sich regelmäßigen ärztlichen Zwangsuntersuchungen und im Erkrankungsfalle einer Zwangsbehandlung zu unterwerfen haben. Verbunden mit dieser sanitären ist eine polizeiliche Aufsicht, welche sich auch auf das gesamte übrige Verhalten der Prostituierten erstreckt und die Einhaltung zahlreicher beschränkender Bedingungen in ihrer Lebensführung „zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes" erfordert. Ausgeübt wird diese Ueberwachung meist durch ein polizeiliches Personal, die Sittenpolizei (police des mœurs), welche, wie schon der Name besagt, ihre Hauptaufgabe darin sieht, öffentlich zu Tage tretende Verletzungen der bürgerlichen Moral zu unterdrücken.

Eine Gesetzgebung, welche die Ueberwachung der Prostitution anordnet, giebt es selbst im Mutterlande der Reglementierung, in Frankreich, nicht. Die Kontrolle wird vielmehr in den einzelnen Städten auf Grund polizeilicher Verordnungen geregelt. In Paris stützt sich jetzt die Reglementierung auf eine Verfügung vom 15. Oktober 1878, welche eine freiwillige und eine zwangsweise Einschreibung (Inscription volontaire und J. d'office) unterscheidet. Die freiwillige Einschreibung Großjähriger erfolgt durch die unteren Polizeiorgane, die der Minderjährigen sowie jede Zwangseinschreibung soll nur von einer Kommission ausgesprochen werden, welche sich aus einem Bureauchef, einem Souschef und 2 Polizeikommissaren zusammensetzt. Mädchen unter 18 Jahren werden gar nicht inskribiert. Bordelle (maisons fermées) bestehen fast überall, stehen aber meist auf dem Aussterbeetat; an ihre Stelle sind die maisons de passe (Absteigequartiere), Cabarets (Mädchenkneipen) und maisons libres getreten.

In Belgien, wo die Reglementierung eine ähnliche ist, basiert sie

auf dem Kommunalgesetz vom 30. März 1836, welches den Bürgermeistern und Schöffen die Aufsicht über die Prostitution zuerteilt. In Brüssel regelt eine Verordnung vom 14. März 1887 die Kontrolle, welche sich auf Isolierte und Bordellierte erstreckt und ebenfalls eine freiwillige und zwangsweise Einschreibung kennt. Auch hier sind die Bordelle in Abnahme begriffen.

In Rußland ist, nachdem schon 1843 in St. Petersburg ein polizeiärztliches Komitee gegründet worden war, seit 1851 die Reglementierung der Prostitution in allen größeren Städten nach französischem Muster eingeführt. Es giebt Bordellierte und Einzelwohnende, Einschreibung, Visiten und Zwangsbehandlung; die Reglementierung untersteht der Polizei mit Ausnahme von Moskau und einigen kleineren Städten, wo seit 1889 nur der polizeiliche Teil der Inspektion in Händen der Polizei, die medizinische Beaufsichtigung in Händen der Stadtverwaltung ist, welche ein eigenes Sanitätsbureau errichtet hat.

In Ungarn geben zwei Gesetzartikel von 1876 und 1899 der Polizei das Recht, die Prostitution durch Verordnungen zu regeln und die Kontravention gegen diese Verordnungen zu strafen. Das französische System ist auch hier allgemein durchgeführt.

In Rumänien und Spanien besteht ebenfalls eine Reglementierung, die aber wenig wirksam ist. Die Prostituierten werden zum Teil noch in ihren Wohnungen oder in den Bordellen untersucht.

Dänemark ist das einzige Land, welches ein besonderes Gesetz zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten (s. Anhang No. 1) besitzt, welches zwar offiziell auf beide Geschlechter Anwendung finden soll, thatsächlich aber im wesentlichen nur eine geeignete Ueberwachung der Prostitution ermöglicht. Auf Grund dieses Gesetzes unterscheidet man gewissermaßen eine vorläufige und eine definitive Stellung unter Kontrolle. Nach § 3 dieses Gesetzes erhalten Personen, die durch ihre Lebensweise der Polizei auffallen, von dieser eine Warnung und werden meist schon bei dieser Gelegenheit polizeiärztlich untersucht.

In Kopenhagen werden die krank Befundenen, ganz seltene Ausnahmen abgerechnet, zwangsweise in das nur für venerische Frauen bestimmte Vestre-Hospital gebracht und hier bis zu ihrer Heilung zurückgehalten. Macht sich eine Person dann wieder der Prostitution verdächtig, so wird sie nach § 180 des allgemeinen bürgerlichen Strafgesetzbuches („ein Frauenzimmer, das gegen die Warnung der Polizeibehörde Erwerb durch Unzucht sucht, wird mit Gefängnis bestraft"), bestraft, erhält nach Abbüßung der Strafe noch eine zweite Warnung und kann dann der „Polizeiaufsicht" unterworfen werden. Sie wird auch dann noch nicht „inskribiert", d. h. noch nicht als offizielle Prostituierte bezeichnet, hat aber, nach § 5 des erwähnten Gesetzes, sich zur polizeilichen Untersuchung zu stellen, und zwar wird sie 6 Monate lang wöchentlich einmal in dem polizeiärztlichen Untersuchungslokal von dem Polizeiarzt untersucht, aber nicht zu gleicher Zeit mit den Prostituierten. Sie kann jeder Zeit durch den Polizeiinspektor von dieser Untersuchung dispensiert werden, wenn sie regelmäßigen anständigen Erwerb, feste Stellung etc. nachweist. Auch ist sie verpflichtet, während dieser 6 Monate Aenderungen in ihrer Wohnung oder ihrer Stellung dem Polizeiinspektor der betreffenden Abteilung anzuzeigen. Versäumt sie ohne annehmbare Entschuldigung die Untersuchung und wird sie dann venerisch krank befunden, so kann sie inskribiert werden (§ 6); macht

sie sich der Prostitution nach der nunmehr zweimaligen Warnung wieder schuldig, so wird sie wiederum bestraft (§ 180) und dann muß sie inskribiert werden (§ 7).

In Schweden gründet sich die Kontrolle auf das Landstreichergesetz. Auf Grund dieses können Personen, die, ohne Mittel für ihren Unterhalt zu besitzen, es unterlassen, sich nach Vermögen ehrlich zu versorgen, und einen Lebenswandel führen, daß sie für die allgemeine Ordnung und Sittlichkeit gefährlich werden, zu Zwangsarbeit verurteilt werden. Dieses Gesetzes bedient man sich nun zur Ueberwachung der Prostituierten. Selbstverständlich ist dasselbe nicht auf Personen anwendbar, welche neben der Prostitution ein Gewerbe ausüben. Im übrigen geschieht die Kontrolle ganz in der obengenannten Weise. Bordelle sind nicht gestattet.

In Norwegen ist, wenigstens für die Hauptstadt Christiania, im Jahre 1888 die bis dahin bestehende Reglementierung aufgehoben, während sie in zwei anderen größeren Städten, Bergen und Throndhjem, wenn auch in sehr unvollkommener Weise, noch fortbesteht. Von 1840—1888 hatte eine reguläre Kontrolle mit 1—2mal wöchentlichen Untersuchungen bestanden; bis 1884 auch Bordelle, freilich nur in geringem Umfange. Seit 1888 beschränkt sich die Polizei darauf, Prostituierte, welche auf den Straßen den öffentlichen Anstand verletzen oder welche ein ehrliches Gewerbe nicht nachweisen können, festzunehmen. Die Untersuchung ist nur mit ihrer Einwilligung gestattet oder auf Grund eines ärztlichen Attestes, welches das Bestehen einer venerischen Krankheit bei derselben bescheinigt. Auf Grund eines Gesetzes vom Jahre 1860 können Personen, die an einer ansteckenden und gefährlichen Krankheit leiden, in ein Hospital gebracht werden, wenn die Sanitätskommission das fordert. Auf Grund desselben Gesetzes haben die Aerzte ihre venerischen Kranken nach der Quelle ihrer Ansteckung zu fragen und diese — nicht den Namen des Patienten selbst — der Sanitätskommission zu melden, damit die Ueberführung der oder des Betreffenden in ein Krankenhaus ermöglicht wird. Eine wirksame Kontrolle und Behandlung der Prostituierten ist aber angeblich nicht möglich, da die Mädchen den befragten Patienten entweder überhaupt nicht bekannt sind oder sich ihnen gegenüber falsche Namen beizulegen pflegen. Aber selbst dann, wenn auf diese Weise eine kranke Prostituierte ermittelt wird, kann sie in der Regel einer zwangsweisen Untersuchung nicht unterzogen werden, da die Denunziationen gemeinhin anonyme sind.

Auch in Holland ist die Kontrolle fast allgemein aufgehoben. Die Entscheidung hierüber ist in die Hände der einzelnen Stadtverwaltungen gelegt. In Amsterdam hat überhaupt niemals eine Ueberwachung oder Reglementierung existiert. Im Haag ist die Untersuchung seit 1897 aufgehoben. In Rotterdam besteht sie noch fort. Bordelle bestehen in allen drei Städten; in Utrecht sind dieselben bereits 1886, im Haag 1897 abgeschafft worden.

In England ist die Prostitution ebenfalls frei. Von 1864—1886 war in 14 Garnison- und Hafenstädten (Davenport, Plymouth, Portsmouth, Chatham, Woolwich, Aldershot, Windsor, Thorncliffe, Colchester, Winchester, Dover, Canterbury, Maidstone, Cork) diese Ueberwachung der Prostituierten eingeführt, wurde aber dann infolge der lebhaften Agitation der „Abolitionisten" abgeschafft.

In der Schweiz hat in einigen größeren Ortschaften eine Kontrolle der Prostituierten bestanden; dieselbe ist jetzt jedoch überall abgeschafft, mit Ausnahme der Stadt Genf, wo die 100 Insassen der 16 Bordelle unter Kontrolle stehen und regelmäßig untersucht werden. In einzelnen Kantonen gilt die gewerbsmäßige Unzucht an und für sich, in anderen nur die öffentliche Provokation als strafbar. In Bern und Thun werden die hierbei Aufgegriffenen ärztlich untersucht und, wenn krank, im Spital bis zur Heilung interniert. In Genf werden neben den Bordelldirnen freiwohnende Prostituierte nicht geduldet; der Austritt aus den Bordellen aber wird möglichst erleichtert. Unter 264 Kontrollierten waren nur 34 Schweizerinnen, keine Genferin.

In Italien ist 1888 durch Crispi die durch Cavour eingeführte Reglementierung aufgehoben und durch ein anderes System ersetzt worden.

Bei der Crispi'schen Reform wurden nur die Bordelldirnen überwacht; auch für diese war die Verpflichtung zur sanitären Untersuchung aufgehoben und nur den Behörden das Recht reserviert, periodische Ueberraschungsuntersuchungen anzustellen. Wenn bei solchen Untersuchungen Prostituierte krank befunden wurden, so wurden sie nicht einer Zwangsbehandlung unterworfen, da die früher bestehenden Syphilikomien aufgehoben worden waren; aber es war allen Venerischen die freie Behandlung außerordentlich erleichtert. Ferner hatten die Behörden das Recht in Händen, sofort sämtliche Bordelle („Prostitutionslokale") zu schließen, wenn daselbst mehrere Mädchen gleichzeitig oder eine mehrmals hinter einander krank befunden waren. Die Nicotera'sche „Contrereform" vermehrte die Zahl der unter Kontrolle stehenden Mädchen etwas, legt ihnen die Verpflichtung zu zweimal wöchentlichen Untersuchungen auf, aber nicht durch einen bestimmten Polizeiarzt, sondern giebt ihnen das Recht, sich den Untersuchungsarzt zu wählen. Wird ein Mädchen an einer venerischen Krankheit krank befunden, so hat es die Pflicht, sich bis zur Heilung behandeln zu lassen und während dieser Zeit sich von dem „Prostitutionslokal" und vom Prostitutionsgewerbe fern zu halten. Aber die Behandlung braucht nicht notwendigerweise in den vom Staate eingerichteten Abteilungen für Venerische stattzufinden, sondern kann überall stattfinden, wo es der Prostituierten beliebt; nur, damit sich keine ihrer Verpflichtung entzieht, haben die Behörden das Recht, Kontrolluntersuchungen vorzunehmen, sowie das Recht, die Prostitutionslokale zu schließen, sobald diese Kontrollvisiten ergeben, daß die dort befindlichen Mädchen ihrer Verpflichtung nicht nachkommen, sondern ihr Gewerbe fortsetzen.

In Deutschland haben in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die größeren Städte eine Ueberwachung der Prostituierten nach Pariser Muster angenommen. In vielen, namentlich größeren Orten ist seit Jahrhunderten das Bordellsystem eingeführt.

In dem größten Bundesstaat, in Preußen, hatte 1792 das Allgemeine Landrecht die Bordelle ausdrücklich sanktioniert; dann war Ende der 30er Jahre dieses Jahrhunderts in der Bevölkerung eine starke Bewegung gegen die Bordelle entstanden, die 1843 in Berlin zur Unterdrückung derselben führte. Die Bordelle wurden zwar 1851 noch einmal wieder eingeführt, aber 1856 — in Berlin definitiv — geschlossen. Und zwar geschah dies auf Grund des § 147 des preußischen Strafgesetzbuches von 1851, welcher jegliche Art von

Kuppelei mit Gefängnis bestrafte. Freilich hatte man mit § 146 desselben Gesetzes, welcher nur die den polizeilichen Anordnungen zuwiderlaufende Unzucht bestraft wissen wollte, eigentlich beabsichtigt, die Bordelle bestehen zu lassen. Doch entschied 1856 das preußische Obertribunal, daß, welches auch die Absicht des Gesetzgebers in § 146 gewesen sei, nach dem klaren Wortlaut des § 147 das Halten von Bordellen strafbar sei. Danach begann nun in Preußen ein ziemlich willkürliches System; Bordelle wurden hier gestattet, dort geschlossen, an anderen Orten geschlossen und wieder gestattet etc.

Und dieser Zustand übertrug sich auch auf das neugegründete Deutsche Reich, welches die §§ 146 und 147 des preußischen Strafgesetzbuches unverändert als § 361 und § 180 in das neue Reichsstrafgesetzbuch hinübernahm. Auf diese beiden Paragraphen gründet sich auch heute noch in Deutschland die bestehende Reglementierung der Prostitution.

§ 361, 6 lautet: „Mit Haft wird bestraft eine Weibsperson, welche wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwider handelt, oder welche, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht betreibt."

§ 180: „Wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittelung oder durch Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis bestraft; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden." (Neuer Wortlaut des § 180 der „lex Heinze" von 1900):

§ 180: „Wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittelung oder durch Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis **nicht unter einem Monat** bestraft; auch kann zugleich **auf Geldstrafe von einhundertfünfzig bis zu sechstausend Mark**, auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden. **Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann die Gefängnisstrafe bis auf einen Tag ermäßigt werden.**"

Diese beiden Gesetzesparagraphen, von denen der eine die Prostitution, der andere die Kuppelei für strafbar erklärt, lassen der Heuchelei und Willkür offenen Raum. Denn da jedermann, auch die Behörde, einsieht, daß die Prostitution eine unausrottbare gesellschaftliche Erscheinung ist, so muß die Behörde auch die verschiedenen Formen, unter der der Verkehr der Prostitution mit ihrer Klientel sich vollzieht, wohl oder übel gelten lassen, die Polizei ohne einzuschreiten, der Staatsanwalt ohne anzuklagen. Es hängt vom Zufall ab, ob eine Prostituierte, ob der Hauswirt, der an sie vermietet, der Cafetier, der Ballhausbesitzer, der Hotelwirt, der Bordellhalter, welche alle die Prostitution in der einen oder anderen Form erst ermöglichen, bestraft wird. Die Polizei, die alle diese Zustände kennt und dem Gesetz nach verpflichtet wäre, einzuschreiten, denkt — vernünftigerweise — nicht daran, gegen diese Personen vorzugehen; aber sie macht sich dadurch natürlich der Kuppelei mitschuldig. Sowie aber eine Privatdenunziation bei den Gerichten einläuft, ist der Staats-

anwalt verpflichtet anzuklagen, und die Gerichte können nicht anders als verurteilen. Ist die Strafe verbüßt, bleibt natürlich alles beim alten. Die Prostituierte selbst wird, wenn sie zur Kognition der Polizeibehörde kommt, in der Regel nicht dem Richter zur Strafe vorgeführt, sondern reglementiert, d. h. in die Dirnenliste eingetragen. Von diesem Augenblick an kann sie ihr Gewerbe ungestraft ausüben, bestraft wird nur ihr Zuwiderhandeln gegen das Reglement — sie hat somit jetzt das Privileg auf der einen, dafür aber das Reglement mit allen seinen Härten auf der anderen Seite.

Anmerkung: § 361,6 will, wie man sieht, in seinem Absatz 2 die gewerbsmäfsige Unzucht nicht mit Stellung unter Kontrolle, sondern mit Haft bestraft wissen, während Absatz 1 desselben Paragraphen eine solche Kontrolle zwar voraussetzt, aber nicht gesetzlich anordnet. Die preufsischen Behörden stützen sich deshalb auch aufser auf den § 361,6, auf A.L.R. § 10, Teil II, Titel 17, welcher der Polizei das Recht giebt, „die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publiko oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren zu treffen", ferner auch auf § 6 des Gesetzes vom 11. März 1850, welcher mit ungefähr demselben Wortlaut der Polizei die gleichen Machtbefugnisse verleiht. Von juristischer Seite wird mit Recht geltend gemacht, dafs diese Begründung der sitten- und sanitätspolizeilichen Kontrolle keine ausreichende ist: Die ganz allgemeinen und unbestimmten Vorschriften der preufsischen Gesetzgebung sind doch wenigstens insoweit eingeschränkt, als einzelne Materien reichsgesetzlich oder durch Speciallandesgesetz geordnet sind. Zu diesen Materien gehört aber namentlich der Schutz der persönlichen Freiheit, die durch eine zwangsweise vorgenommene körperliche Untersuchung zweifellos verletzt wird. Die Str.Pr.O. bestimmt ganz ausdrücklich, unter welchen Umständen allein jemand körperlich durchsucht oder in seiner Freiheit beschränkt werden darf (§§ 102, 112 ff.); die Feststellung, ob jemand mit einer ansteckenden Krankheit behaftet ist, gehört aber an sich nicht zu den Zwecken, welche eine Durchsuchung oder Freiheitsberaubung rechtfertigen, weder bei Männern noch bei Frauen. Auch das preufsische Gesetz zum Schutze der persönlichen Freiheit vom 12. Febr. 1850 giebt ein so weitgehendes Recht nicht, sodafs vielleicht davon gesprochen werden kann, dafs eine Lücke in der Gesetzgebung existiert und die nötige Fürsorge gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten nicht gegeben ist, dafs aber keineswegs behauptet werden darf, dafs das polizeiliche Ermessen auf diesem Gebiet mangels gesetzlicher Bestimmungen schrankenlos walten könne. Gleichwohl beansprucht die Polizei, wenigstens in gröfseren Städten, fast durchweg das Recht, Frauenzimmer, welche als obdachlos, oder unter Umständen, welche einen Verdacht der Unsittlichkeit rechtfertigen, in polizeiliche Obhut geraten, ohne weiteres auf ihre geschlechtliche Gesundheit zu untersuchen, d. h. sie einer schmählichen körperlichen Untersuchung zu unterwerfen, und sie dehnt dieses Recht sogar dahin aus, dafs Frauenzimmer, bei denen auf diese Art eine Geschlechtskrankheit konstatiert ist, unter Kontrolle gestellt werden. Ferner heifst es in einer Entscheidung des Landgerichts zu Köln vom 21. Nov. 1889: „Die Polizeibehörden leiten ihre Befugnis zur Zwangsunterstellung denn auch nur aus einem — eine Interpretation der §§ 6 und 12 des Gesetzes zum Schutz der persönlichen Freiheit vom 12. Febr. 1850 enthaltenden — Reskripte des Ministers des Innern vom 7. Juli 1850 her, wonach, abgesehen davon, dafs die Prostituierten zur regelmäfsigen Beibringung von Gesundheitsattesten angehalten werden können, den Polizeibehörden auch im allgemeinen diejenigen Befugnisse zustehen sollten, welche zu einem erfolgreichen Einschreiten gegen das Treiben der der Prostitution ergebenen Frauenzimmer erforderlich sind. Da die §§ 6 und 12 des Gesetzes vom 12. Febr. 1850 nur von der Befugnis, Personen in vorläufige polizeiliche Verwahrung zu nehmen und an Orten, welche der Polizei als Aufenthaltsorte liederlicher Frauenzimmer bekannt sind, zur Nachtzeit Haussuchungen vorzunehmen, handeln, so konnte auch das erwähnte Ministerialreskript den Polizeibehörden nicht die Befugnis geben, über das ihnen zur Feststellung und zur Verhinderung strafbarer Handlungen naturgemäfs zustehende allgemeine Ueberwachungsrecht hinaus Frauenspersonen gegen deren Willen die mit der Zwangsunterstellung verbundenen, in den Verwarnungsprotokollen aufgeführten Beschränkungen aufzuerlegen, welche die ganze Person ergreifen, diese öffentlich als endgiltig dem Laster ergeben bezeichnen und dieselben aus jeder ehrlichen Arbeitsstelle und aus der Gesellschaft aller anständigen Personen vertreiben (Schmölder, Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmäfsigen Unzucht, Düsseldorf 1892, 51 ff.). Das Erkenntnis 3. Instanz, welches im entgegengesetzten Sinne entschieden hat, wird von juristischer Seite mit Recht als unzutreffend erklärt (s. darüber Schmölder, a. a. O. S. 54 ff.).

Zu Gunsten der zwangsweisen Kontrolle werden noch angeführt: 1) ein Erkenntnis des herzoglich braunschweigischen Obergerichts vom 30. Mai 1876 sowie 2) ein Reichs-

4*

Bordelle sind durch den § 180 des Reichsstrafgesetzbuches vom Jahre 1871/76 aufgehoben. Der Wortlaut desselben sollte eigentlich keinen Zweifel darüber aufkommen lassen, daß das Halten eines Bordelles eine strafbare Handlung und deswegen auch von der Polizei nicht zu dulden sei. Und trotzdem haben von 16 juristischen Fakultäten deutscher Universitäten, welche im Jahre 1871 ein Gutachten über die Gesetzmäßigkeit des Bordellwesens abgeben sollten, sich 9 dahin ausgesprochen, daß dieselben mit der bestehenden Gesetzgebung nicht in Widerspruch ständen. Obwohl nun das Reichsgericht selbst in einem Erkenntnis vom 29. Januar 1883 das Bordellhalten, selbst mit polizeilicher Gestattung, für strafbar erklärt hat, bestehen in einer großen Anzahl von deutschen Städten die Bordelle, zum Teil sogar mit ausdrücklicher polizeilicher Genehmigung, weiter fort. Unter diesen sind sogar einige große deutsche Städte, wie: Altona, Braunschweig, Chemnitz, Düsseldorf, Halle, Hamburg, Königsberg, Magdeburg, Mannheim, Nürnberg, Straßburg etc. — Von mittleren und kleinen Städten nenne ich z. B. Augsburg, Bamberg, Fürth, Karlsruhe, Mainz, Metz, Lübeck, Minden, Allenstein, Insterburg, Gumbinnen, Memel, Osterode, Tilsit, Meißen und Freiberg i/S., Aschersleben, Weißenfels, Celle, Gießen, Bayreuth, Regensburg, Ingolstadt, Rastatt, Saargemünd u. a. m. Während an den meisten Orten das Personal der Bordelle sich aus Freiwilligen rekrutiert und neben den Bordellen es noch eine isoliert wohnende Prostitution giebt, besteht in Hamburg de facto sogar ein Bordellzwang, da den Prostituierten durch die polizeilichen Vorschriften verboten ist, in anderen als in den von der Polizei namhaft gemachten Straßen — das sind eben diejenigen, in welchen sich die Bordelle befinden — zu wohnen.

Neben diesen ausgesprochenen Bordellen scheint in einer Reihe von deutschen Städten in letzter Zeit ein System immer mehr Anklang zu finden, welches ich als das System der Bordellstraßen bezeichnen möchte. Die Tendenz dieses Systems beruht darauf, die gewerbsmäßige Prostitution durch Beschränkung in ihren Wohngelegenheiten auf bestimmte Straßen und Quartiere anzuweisen und dadurch schließlich Straßen zu schaffen, die ausschließlich von Prostituierten bewohnt werden. In diesen Straßen wohnen die Prostituierten dann entweder als Besitzerinnen der Häuser oder als Mieterinnen, welche, wie das z. B. in Bremen der Fall ist, die Wohnung mit der ganzen Einrichtung von dem Hauswirt abmieten.

In Bremen, welches als das Prototyp für diese Form der Kasernierung gelten kann, ist 1878 zur Unterbringung der Prostituierten eine aus 26 Häusern bestehende Sackgasse eingerichtet worden; die

---

gerichtserkenntnis vom 11. Januar 1881. Das erstgenannte Erkenntnis erklärt die gewerbsmäfsige Unzucht auch einer unter polizeilicher Aufsicht stehenden Prostituierten für strafbar (bezieht sich darauf, dafs eine an einem Orte eingeschriebene Prostituierte an einem anderen Orte ihr Gewerbe nicht straflos ausüben darf), das zweite giebt den Polizeibehörden die Befugnis, polizeilich nicht kontrollierten Dirnen, welche der gewerbsmäfsigen Unzucht verdächtig sind, in sittenpolizeilichem Interesse zum Polizeibureau sistieren zu lassen. Keines von beiden giebt eine rechtliche Basis für die zwangsweise Einschreibung und Kontrollierung Prostituierter. Nur ein Erkenntnis des königl. preufsischen Kammergerichts vom 12. Dezember 1892 erklärt ausdrücklich die Zwangseinschreibung auf Grund des A.L.R. § 10, T. II, Tit. 17 für gesetzmäfsig.

Auch die übrigen deutschen Staaten besitzen keine die Kontrolle ausdrücklich gestattende Gesetzgebung. Trotzdem ist im Laufe dieses Jahrhunderts allmählich erst in den mittleren Städten der meisten deutschen Staaten ein Kontrollsystem nach dem üblichen französischen Muster eingeführt worden.

Häuser enthalten 2 Stockwerke, deren jedes von einer Prostituierten bewohnt wird. Die gesamte Straße gehört einem Unternehmer, welcher der Polizei gegenüber für die Ordnung in derselben verantwortlich ist. Aehnliche Einrichtungen finden wir in Dresden, Leipzig, Magdeburg, Essen, Krefeld, Erfurt, Flensburg, Halberstadt, Hildesheim, Schwerin i/M., Freiburg i/B.

Der unter dem Namen der „lex Heinze“ bekannte Gesetzentwurf, welcher im Laufe der letzten 9 Jahre mehrfach, zum Teil von den verbündeten Regierungen, zum Teil von der klerikalen Partei eingebracht wurde, aber erst in diesem Jahre zur Annahme gelangt ist, bezweckte u. a. außer einer Bestrafung des Zuhälterwesens auch eine anderweitige Regelung der Wohnungsverhältnisse der Prostituierten. Nach der Judikatur des Reichsgerichts war schon das bloße Vermieten von Zimmern an Prostituierte als strafbar auf Grund des § 180 erachtet worden, was zur Folge hatte, daß sich die Vermieter durch eine möglichst hohe Risikoprämie an den Prostituierten schadlos hielten und die Ueberwachung der Prostitution sehr erschwert wurde. Es war deshalb in dem Entwurf ein Paragraph vorgesehen, welcher das Vermieten von Wohnungen an Prostituierte, „sofern damit nicht eine Ausbeutung des unsittlichen Erwerbes der Mieterin verbunden ist“, als nicht strafbar erachtet; doch ist diese Bestimmung abgelehnt worden. Dafür ist der oben citierte Zusatz, welcher beim Vorhandensein mildernder Umstände eine Gefängnisstrafe von einem Tage zuläßt, eingefügt worden.

Die Ueberwachung der Prostitution vollzieht sich, da, wo Bordelle oder Bordellstraßen bestehen, naturgemäß verhältnismäßig einfach, da in der Regel die Bordellinhaber einer Ab- und Anmeldungspflicht unterworfen sind. Da, wo keine Bordelle existieren, spielt sich die Ueberwachung der Prostituierten etwa folgendermaßen ab: Auf Grund von Beobachtungen der Beamten der Sittenpolizei sowie auf Grund irgendwelcher Denunziationen von Privatpersonen, Konkurrentinnen, Nachbarn, jungen Männern, die sich durch ein Mädchen infiziert glauben, werden diejenigen Mädchen, welche sich der gewerbsmäßigen Prostitution verdächtig gemacht haben, arretiert und „auf Geschlechtskrankheit“ untersucht. Die Gesundbefundenen erhalten zunächst eine wohlwollende Ermahnung*). Bei einer zweiten Arretierung jedoch werden sie „zu Protokoll verwarnt“. In dem „Warnungsprotokoll“ ist insbesondere hervorgehoben, daß sie, wofern sie wiederum in verdächtiger Weise aufgegriffen werden sollten, unter eine specielle sanitätspolizeiliche Kontrolle gestellt werden. Die so Verwarnten werden den Exekutivbeamten der Sittenpolizei vorgestellt. Die Eltern und Vormünder der Verwarnten werden zuweilen (!) von dem schlechten Lebenswandel letzterer seitens der Behörde in Kenntnis gesetzt.

Die thatsächliche Einschreibung erfolgt in Berlin, welches als Prototyp für andere Orte gelten mag, nach der Darstellung des Kgl. Polizeipräsidiums „sofern die unzüchtig umherschweifenden, von den Beamten der Sittenpolizei aufgegriffenen Dirnen nicht erklären, daß sie ihr schimpfliches Gewerbe fortzusetzen gesonnen sind, erst nach

*) Was mit den Kranken geschieht, darüber enthalten die offiziellen Berichte keine Angaben; offenbar werden diese zum gröfsten Teil sofort ohne vorherige Verwarnung eingeschrieben.

Bordelle sind durch den § 180 des Reichsstrafgesetzbuches vom Jahre 1871/76 aufgehoben. Der Wortlaut desselben sollte eigentlich keinen Zweifel darüber aufkommen lassen, daß das Halten eines Bordelles eine strafbare Handlung und deswegen auch von der Polizei nicht zu dulden sei. Und trotzdem haben von 16 juristischen Fakultäten deutscher Universitäten, welche im Jahre 1871 ein Gutachten über die Gesetzmäßigkeit des Bordellwesens abgeben sollten, sich 9 dahin ausgesprochen, daß dieselben mit der bestehenden Gesetzgebung nicht in Widerspruch ständen. Obwohl nun das Reichsgericht selbst in einem Erkenntnis vom 29. Januar 1883 das Bordellhalten, selbst mit polizeilicher Gestattung, für strafbar erklärt hat, bestehen in einer großen Anzahl von deutschen Städten die Bordelle, zum Teil sogar mit ausdrücklicher polizeilicher Genehmigung, weiter fort. Unter diesen sind sogar einige große deutsche Städte, wie: Altona, Braunschweig, Chemnitz, Düsseldorf, Halle, Hamburg, Königsberg, Magdeburg, Mannheim, Nürnberg, Straßburg etc. — Von mittleren und kleinen Städten nenne ich z. B. Augsburg, Bamberg, Fürth, Karlsruhe, Mainz, Metz, Lübeck, Minden, Allenstein, Insterburg, Gumbinnen, Memel, Osterode, Tilsit, Meißen und Freiberg i/S., Aschersleben, Weißenfels, Celle, Gießen, Bayreuth, Regensburg, Ingolstadt, Rastatt, Saargemünd u. a. m. Während an den meisten Orten das Personal der Bordelle sich aus Freiwilligen rekrutiert und neben den Bordellen es noch eine isoliert wohnende Prostitution giebt, besteht in Hamburg de facto sogar ein Bordellzwang, da den Prostituierten durch die polizeilichen Vorschriften verboten ist, in anderen als in den von der Polizei namhaft gemachten Straßen — das sind eben diejenigen, in welchen sich die Bordelle befinden — zu wohnen.

Neben diesen ausgesprochenen Bordellen scheint in einer Reihe von deutschen Städten in letzter Zeit ein System immer mehr Anklang zu finden, welches ich als das System der Bordellstraßen bezeichnen möchte. Die Tendenz dieses Systems beruht darauf, die gewerbsmäßige Prostitution durch Beschränkung in ihren Wohngelegenheiten auf bestimmte Straßen und Quartiere anzuweisen und dadurch schließlich Straßen zu schaffen, die ausschließlich von Prostituierten bewohnt werden. In diesen Straßen wohnen die Prostituierten dann entweder als Besitzerinnen der Häuser oder als Mieterinnen, welche, wie das z. B. in Bremen der Fall ist, die Wohnung mit der ganzen Einrichtung von dem Hauswirt abmieten.

In Bremen, welches als das Prototyp für diese Form der Kasernierung gelten kann, ist 1878 zur Unterbringung der Prostituierten eine aus 26 Häusern bestehende Sackgasse eingerichtet worden; die

---

gerichtserkenntnis vom 11. Januar 1881. Das erstgenannte Erkenntnis erklärt die gewerbsmäſsige Unzucht auch einer unter polizeilicher Aufsicht stehenden Prostituierten für strafbar (bezieht sich darauf, daſs eine an einem Orte eingeschriebene Prostituierte an einem anderen Orte ihr Gewerbe nicht straflos ausüben darf), das zweite giebt den Polizeibehörden die Befugnis, polizeilich nicht kontrollierten Dirnen, welche der gewerbsmäſsigen Unzucht verdächtig sind, in sittenpolizeilichem Interesse zum Polizeibureau sistieren zu lassen. Keines von beiden giebt eine rechtliche Basis für die zwangsweise Einschreibung und Kontrollierung Prostituierter. Nur ein Erkenntnis des königl. preuſsischen Kammergerichts vom 12. Dezember 1892 erklärt ausdrücklich die Zwangseinschreibung auf Grund des A.L.R. § 10, T. II, Tit. 17 für gesetzmäſsig.

Auch die übrigen deutschen Staaten besitzen keine die Kontrolle ausdrücklich gestattende Gesetzgebung. Trotzdem ist im Laufe dieses Jahrhunderts allmählich erst in den mittleren Städten der meisten deutschen Staaten ein Kontrollsystem nach dem üblichen französischen Muster eingeführt worden.

Häuser enthalten 2 Stockwerke, deren jedes von einer Prostituierten bewohnt wird. Die gesamte Straße gehört einem Unternehmer, welcher der Polizei gegenüber für die Ordnung in derselben verantwortlich ist. Aehnliche Einrichtungen finden wir in Dresden, Leipzig, Magdeburg, Essen, Krefeld, Erfurt, Flensburg, Halberstadt, Hildesheim, Schwerin i/M., Freiburg i/B.

Der unter dem Namen der „lex Heinze“ bekannte Gesetzentwurf, welcher im Laufe der letzten 9 Jahre mehrfach, zum Teil von den verbündeten Regierungen, zum Teil von der klerikalen Partei eingebracht wurde, aber erst in diesem Jahre zur Annahme gelangt ist, bezweckte u. a. außer einer Bestrafung des Zuhälterwesens auch eine anderweitige Regelung der Wohnungsverhältnisse der Prostituierten. Nach der Judikatur des Reichsgerichts war schon das bloße Vermieten von Zimmern an Prostituierte als strafbar auf Grund des § 180 erachtet worden, was zur Folge hatte, daß sich die Vermieter durch eine möglichst hohe Risikoprämie an den Prostituierten schadlos hielten und die Ueberwachung der Prostitution sehr erschwert wurde. Es war deshalb in dem Entwurf ein Paragraph vorgesehen, welcher das Vermieten von Wohnungen an Prostituierte, „sofern damit nicht eine Ausbeutung des unsittlichen Erwerbes der Mieterin verbunden ist“, als nicht strafbar erachtet; doch ist diese Bestimmung abgelehnt worden. Dafür ist der oben citierte Zusatz, welcher beim Vorhandensein mildernder Umstände eine Gefängnisstrafe von einem Tage zuläßt, eingefügt worden.

Die Ueberwachung der Prostitution vollzieht sich, da, wo Bordelle oder Bordellstraßen bestehen, naturgemäß verhältnismäßig einfach, da in der Regel die Bordellinhaber einer Ab- und Anmeldungspflicht unterworfen sind. Da, wo keine Bordelle existieren, spielt sich die Ueberwachung der Prostituierten etwa folgendermaßen ab: Auf Grund von Beobachtungen der Beamten der Sittenpolizei sowie auf Grund irgendwelcher Denunziationen von Privatpersonen, Konkurrentinnen, Nachbarn, jungen Männern, die sich durch ein Mädchen infiziert glauben, werden diejenigen Mädchen, welche sich der gewerbsmäßigen Prostitution verdächtig gemacht haben, arretiert und „auf Geschlechtskrankheit“ untersucht. Die Gesundbefundenen erhalten zunächst eine wohlwollende Ermahnung*). Bei einer zweiten Arretierung jedoch werden sie „zu Protokoll verwarnt“. In dem „Warnungsprotokoll“ ist insbesondere hervorgehoben, daß sie, wofern sie wiederum in verdächtiger Weise aufgegriffen werden sollten, unter eine specielle sanitätspolizeiliche Kontrolle gestellt werden. Die so Verwarnten werden den Exekutivbeamten der Sittenpolizei vorgestellt. Die Eltern und Vormünder der Verwarnten werden zuweilen(!) von dem schlechten Lebenswandel letzterer seitens der Behörde in Kenntnis gesetzt.

Die thatsächliche Einschreibung erfolgt in Berlin, welches als Prototyp für andere Orte gelten mag, nach der Darstellung des Kgl. Polizeipräsidiums „sofern die unzüchtig umherschweifenden, von den Beamten der Sittenpolizei aufgegriffenen Dirnen nicht erklären, daß sie ihr schimpfliches Gewerbe fortzusetzen gesonnen sind, erst nach

*) Was mit den Kranken geschieht, darüber enthalten die offiziellen Berichte keine Angaben; offenbar werden diese zum größten Teil sofort ohne vorherige Verwarnung eingeschrieben.

wiederholter Verwarnung, und kann auch dann noch abgewendet werden, wenn die Mädchen sich einer Besserungsanstalt zuführen lassen (was freilich in 10 Jahren nur 2mal passiert ist). Durch Verfügung vom 2. Mai 1886 ist angeordnet, daß die Stellung unter Kontrolle in einem motivierten, von dem Abteilungssdirigenten zu unterzeichnenden Beschlusse auszusprechen ist und das vorangehende Verhör sich auf die Umstände und Ereignisse, durch welche die Frauenspersonen der Prostitution zugeführt sind, zu erstrecken hat, ferner, daß die unter väterlicher oder vormundschaftlicher Gewalt stehenden Dirnen erst dann unter Kontrolle gestellt werden dürfen, wenn die an den gesetzlichen Vertreter zu richtende Aufforderung, die Schutzbefohlenen in einer anständigen Familie unterzubringen, ohne Erfolg geblieben ist".

Trotzdem befanden sich unter den 846 im Jahre 1898 in Berlin unter sittenpolizeilicher Kontrolle gestellten Mädchen 229 Minorenne, d. h. solche, die noch nicht das 21. Lebensjahr erreicht hatten, und andererseits 9 Frauen zwischen 40—50 Jahren.

Auch nach erfolgter Eintragung wird, wie das Polizeipräsidium mitteilt, den Prostituierten der Rettungsweg offen gehalten. Sobald sie ehrliche Arbeit nachweisen, werden sie von der Kontrolle vorläufig entbunden, und wenn eine „unauffällige (?) Beobachtung die Annahme rechtfertigt, daß sie sich wieder an ein ordentliches und arbeitsames Leben gewöhnt haben, definitiv aus derselben entlassen".

Es scheint fraglich, ob in der Praxis alle diese Garantien für ein korrektes Verfahren stets innegehalten werden, und ob nicht hier und da ein etwas summarisches Verfahren geübt wird. Das Fehlen einer, wenn auch noch so einfachen, gerichtlichen Verhandlung, die Gesetzesunkenntnis, die Schüchternheit und Bestürztheit des vielleicht zum ersten Male bei so lockerem Lebenswandel ertappten Mädchens fordern namentlich die unteren Polizeiorgane zu Miß- und Uebergriffen geradezu heraus.

Auch erschweren in der Praxis die Erkundigungen, welche die Polizei über ein vorläufig von der Kontrolle entbundenes Mädchen einzuziehen pflegt, demselben die Möglichkeit, eine dauernde Arbeitsstelle zu finden.

Aehnlich wie in Berlin wird in den meisten deutschen größeren und mittleren Städten verfahren. Nur in wenigen Städten, z. B. in Augsburg und Stuttgart, werden ausschließlich die sich freiwillig zur Prostitution meldenden Mädchen eingeschrieben.

Ein wenig nachahmenswertes und gesetzlich kaum zu rechtfertigendes System scheint im Herzogtum Anhalt zu bestehen, wo auf Grund einer Verordnung vom 5. August 1895 nicht nur die gewerbsmäßigen Prostituierten der sittenpolizeilichen Kontrolle unterstellt werden sollen, sondern auch „diejenigen Frauenspersonen, welche sich nachweislich mehr als einem Manne hingeben und sich hierbei eine geschlechtliche Erkrankung zugezogen haben".

Und in der Erläuterung heißt es geradezu, daß durch diese Bestimmung der Verkehr mit mehreren Mannspersonen ohne Annahme eines Entgelts getroffen werden soll! Zwar soll für diese Gruppe die Ueberwachung eine rein sanitätspolizeiliche sein; aber was würde

man sagen, wollte man das gleiche Verfahren auf die doch gewiß nicht keusche männliche Jugend unserer Großstädte anwenden!*)

Die eingeschriebenen Prostituierten unterliegen einer ganzen Reihe von einschränkenden Bestimmungen, deren Innehaltung durch die Sittenpolizei überwacht und deren Uebertretung auf Grund der §§ 361,6 und 362 des R.Str.G. und des Gesetzes vom 14. Mai 1852 bestraft wird. In kleineren Städten, wo eine besondere Sittenpolizei nicht vorhanden ist, wird die Ueberwachung durch die Organe der Ortspolizei ausgeübt.

In Berlin erhalten die Prostituierten ein Exemplar der „Vorschriften" und haben sich wöchentlich einmal (spätesten alle 10 Tage) auf dem Polizeipräsidium zur Untersuchung einzufinden; doch kommen, da immer ein großer Teil der Mädchen im Krankenhaus oder in Strafhaft befindlich ist, im jährlichen Durchschnitt nur 26 Untersuchungen auf je 1 Dirne. Der Befund wird außer in das Journal in ein kleines Büchelchen eingetragen, welches die Prostituierten nicht in die Hand bekommen, sondern das auf dem Polizeipräsidium aufbewahrt wird. (An anderen Orten erhalten die Mädchen ihr „Buch" oder eine Karte, welche dann ihren Kunden gegenüber als eine Art Legitimations- oder Konzessionsbescheinigung gilt.) Die Untersuchung selbst, welche täglich in 2 bis 3 Stunden von 12 Aerzten vorgenommen wird, erstreckt sich vor-

---

*) Unter Sittenkontrolle standen:

In	Im Jahre	Zahl der Einwohner nach der Volkszählung im Jahre 1895.	Zahl der eingeschriebenen Prostituierten.
Augsburg	1898	75 629	6
Berlin	1897	1 677 304	4500
Braunschweig	1897	115 138	316
Bremen	1896	141 894	50
Breslau	1897	373 169	1021
Chemnitz	1894	161 017	130
Danzig	1898	125 605	370
Darmstadt	1898	55 883	31
Dortmund	1898	111 232	300
Dresden	1898	336 440	250
Düsseldorf	1898	175 985	125
Elberfeld und Barmen	1898	139 337 126 992	ca. 100
Frankfurt a. M.	1898	229 279	400—500
Halle a. S.	1898	116 304	90
Hamburg	1898	625 552	733
Hannover	1898	209 525	130
Köln	1898	321 564	ca. 500
Königsberg	1898	172 796	246
Krefeld	1898	105 376	70—80
Leipzig	1894	399 963	294 (davon die Hälfte in Bordellen).
Magdeburg	1898	214 424	500
München	1898	409 307	50—60
Nürnberg	1898	162 386	ca. 80—100
Potsdam	1898	54 125	25—30
Regensburg	1898	37 934	6—10
Stettin	1894	140 724	257
Strafsburg i. E.	1898	135 608	130
Stuttgart	1895	158 321	29

wiegend auf die äußeren Genitalien, die inneren Genitalien (soweit sie durch das Speculum sichtbar gemacht werden), Mund, Hals und Brust, welche letztere halb entblößt wird. Entsteht Verdacht auf Syphilis, so wird auch eine weitere Entkleidung vorgenommen. Im Jahre 1891 entfielen 31 Untersuchungen auf die Stunde; auf jede Untersuchung also durchschnittlich 2 Minuten.

Ueberwachung sowohl wie Untersuchung spielen sich allerorten im großen ganzen auf dieselbe Weise ab. Wo Bordelle bestehen, findet die sanitäre Untersuchung oft innerhalb derselben statt; an anderen Orten müssen auch die Bordellmädchen auf das zumeist in einem Polizeigebäude gelegene Untersuchungslokal kommen. In Wien, wo keine Bordelle existieren, wird die Untersuchung entweder in der Behausung der zu diesem Zwecke angestellten Bezirksärzte oder in der Wohnung der Prostituierten vorgenommen, in Paris in dem sogenannten Dispensaire de Salubrité. In Petersburg werden von den erkrankten Mädchen nur die „Unzuverlässigen" direkt vom Untersuchungsraum ins Krankenhaus geschickt, die übrigen erhalten nur die Weisung, sich am selben Tage spätestens bis 4 Uhr nachmittags im Hospital einzufinden; in Brüssel werden alle Erkrankten, auch die bloß Verdächtigen sofort dem Krankenhause überwiesen. In Paris sind ebenso wie in Berlin die Untersuchungen unentgeltlich, während anderswo die Prostituierten direkt dafür an den Arzt oder an eine Krankenkasse zu zahlen haben.

Die Zahl der Untersuchungsärzte hängt wesentlich von der der Eingeschriebenen ab, doch haben in Paris 24 Aerzte (darunter 14 besoldete) dieselbe Arbeit zu leisten, wie in Berlin 12. Auch die Häufigkeit der Untersuchungen ist außerordentlich verschieden; meistens werden die Bordellmädchen öfter untersucht als die anderen.

Für den Bereich des Königreichs Preußen ist eine gleichmäßige Ueberwachung der Prostitution durch Ministerialreskript vom 23. März 1897 angeordnet worden; und zwar sind die Punkte, welches das Reskript hervorhebt, folgende:

1) Die Ueberwachung der Prostituierten muß an allen Orten, soweit dies noch nicht geschieht, durch Polizeibeamte in genügender Zahl ausgeübt werden. Wo die vorhandenen Kräfte nicht ausreichen, ist für Vermehrung Sorge zu tragen. Privatpersonen dürfen bei der Ueberwachung niemals mitwirken.

2) Die ärztliche Untersuchung der Dirnen darf nur von besonders zu diesem Zweck bestellten approbierten Aerzten in Amtsräumen (niemals in der Wohnung der Dirne oder des Arztes) nach beifolgender Anweisung vorgenommen werden und muß wöchentlich mindestens einmal, wenn irgend möglich 2mal, stattfinden.

Während der Untersuchung muß eine Frau zur Reinigung der benutzten Geräte anwesend sein.

Bei Tripperkranken empfiehlt sich die Untersuchung des Ausflusses mittelst des Mikroskops.

3) Die sittenpolizeiliche Ueberwachung der Dirnen ist auf die in dem erstatteten Bericht näher bezeichneten Vororte von großen Städten auszudehnen.

4) Rückfragen über das Vorleben neu anziehender weiblicher Personen sind allgemein zu halten.

5) Jede venerisch erkrankte weibliche Person, von welcher die

weitere Verbreitung des Uebels zu befürchten steht, muß sofort in einem Krankenhaus untergebracht werden.

Ferner ist darauf hinzuwirken, daß auch andere venerisch Erkrankte beiderlei Geschlechts in einem Krankenhause Aufenthalt finden.

Alle in einem Krankenhause aufgenommenen Kranken müssen dort human behandelt werden.

6) Es wird vorausgesetzt, daß die geheime Prostitution überwacht wird.

7) Die Civilärzte sind in bestimmten Zwischenräumen auf die Bestimmung des § 65 Abs. 3 des Regulativs, betreffend die Behandlung syphilitisch kranker Soldaten, sowie auf die dazu ergangenen Ministerialerlasse hinzuweisen.

Ferner stellt dieses Reskript folgende „Vorschriften zur Untersuchung der Prostituierten" als maßgebend für die Untersuchungsärzte auf.

Nacheinander werden mindestens untersucht:

1) Gesicht, Mund, Rachenhöhle (Spatel zum Herunterdrücken der Zunge), Lippen, Nackendrüsen, Brust, Arme (Roseola), Achseldrüsen (Cubitaldrüsen).

2) Auf dem Untersuchungsstuhl: After (Kondylome, Geschwüre), Bauch und Schenkelhaut, Leistendrüsen, große und kleine Schamlippen, besonders hintere Kommissur und Harnröhrenmündung, Harnröhre und Ausführungsgänge der Bartholini'schen Drüsen mittelst kunstgerechten Fingerdrucks.

3) Mit dem Mutterspiegel: Scheide, Muttermund und Halsteil der Gebärmutter. Bei starker Schleimabsonderung Ausspülung der Scheide mittelst Wassereinspritzung.

Die Behandlung der venerischen Prostituierten ist fast überall in Deutschland eine zwangsweise. In Berlin werden die krank befundenen Mädchen sofort zurückbehalten und per Wagen in die Krankenabteilung im städtischen Obdach transportiert, woselbst sie bis zum Schwinden der sichtbaren Krankheitserscheinungen interniert gehalten werden. Ebenso bestehen besondere Krankenhäuser für Prostituierte z. B. in Stettin, Kiel, Hamburg. Die meisten Städte haben in ihren städtischen Krankenhäusern eine eigene abgesonderte Abteilung für Prostituierte, manchmal mit einer Abteilung für die nicht prostituierten Venerischen verbunden. In den zahlreichen Universitätsstädten werden die Prostituierten in besonderen Abteilungen der Universitätskliniken verpflegt. Die Kosten der Verpflegung werden nur in sehr wenigen Städten, wie z. B. in Braunschweig, von den Prostituierten selbst getragen. In den meisten Fällen sind es die Gemeinden, von denen die Heilungskosten beglichen werden. Nach einer Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts Bd. 27 S. 77, des Reichsgerichts in Civilsachen, Bd. 35 S. 296 gilt die Zwangsheilung syphilitisch Erkrankter als ein Akt polizeilicher Fürsorge, dessen Kosten die Gemeinde zu tragen hat.

Um die jüngeren, noch nicht unter regelmäßiger Kontrolle stehenden Mädchen von den älteren, verdorbenen Prostituierten fernzuhalten, ist neuerdings in Kiel nach dem Vorbilde des Vestre Hospitals in Kopenhagen eine völlige Trennung beider Kategorien von Kranken durchgeführt. Auch ist daselbst durch Schaffung besonderer Tageräume, wo die nicht bettlägerigen Kranken sich tagsüber aufhalten,

Vorsorge getroffen, daß diese sich mit Näharbeit etc. beschäftigen können. Solche Einrichtungen setzen aber natürlich reichliche und günstige Räumlichkeiten voraus, und daran mangelt es namentlich in mittleren und kleineren Städten allgemein; an vielen Orten sind die öffentlichen Krankenhäuser zur Aufnahme Prostituierter gar nicht eingerichtet, und diese müssen nach benachbarten Städten transportiert werden (Das Sanitätswesen des preußischen Staates 1889 bis 1891; Berlin, 1897, S. 125). Aber auch in Berlin hat es zeitweise an Platz für die erkrankten Prostituierten gefehlt; so berichtet Lesser, daß 1891 und 1892 mehrfach bei der polizeiärztlichen Untersuchung krank befundene Prostituierte wegen Ueberfüllung der Krankenstationen frei in die Stadt entlassen werden mußten und trotz ihrer Krankheit jedenfalls ihr Gewerbe fortsetzten. Vor dem Dilemma — Abweisung erkrankter oder zu frühe Entlassung noch nicht Geheilter — stehen überhaupt die meisten Prostituiertenabteilungen.

B. Resultate der Reglementierung.

Um den Einfluß der Reglementierung auf die Frequenz und die Verbreitung der venerischen Erkrankungen festzustellen, hat man verschiedene Wege eingeschlagen. Es ist viel mit aprioristischen Argumenten für und wider die Wirksamkeit des Systems gefochten worden, man hat zahlreiche persönliche und gelegentliche Beobachtungen zu Gunsten oder zu Ungunsten des Systems ins Feld geführt, und man hat schließlich mit dem scharfen, aber oft zweischneidigen Schwert der Statistik die Schlachten für und wider die Reglementierung geschlagen. Ohne den Wert vernünftiger Ueberlegung und exakter Einzelbeobachtungen anzweifeln zu wollen — will man an eine Prüfung der Frage in weitestem Umfange herantreten, so ist man doch gezwungen, sich der Statistik als eines Hilfsmittels zu bedienen, und ich habe versucht, mit Vorsicht und Gewissenhaftigkeit das statistische Material und die Schlüsse, welche aus demselben gezogen sind, zu prüfen.

Bei der bisherigen Statistik ist man auf drei verschiedene Weisen vorgegangen:

1) Man hat die Erkrankungsziffern der unter Kontrolle stehenden und der nicht unter Kontrolle stehenden Prostituierten verglichen.

2) man hat eruiert, welches die Infektionsquellen der venerischen Erkrankungen der Männer seien.

3) Man hat verglichen:

a) die Frequenz der venerischen Krankheiten in Ländern und an Orten mit und ohne Reglementierung,

b) die Frequenz der venerischen Krankheiten in Ländern und an Orten vor und nach Einführung resp. Abschaffung der Reglementierung, und man hat studiert

c) die Frequenz der venerischen Krankheiten in Ländern und an Orten, wo längere Zeit hindurch die Reglementierung in gleichbleibender oder wechselnder Schärfe bestanden hat.

Einen Fehler, welcher der gesamten Statistik über die venerischen Krankheiten anhaftet und deren Wert außerordentlich beeinträchtigt, will ich gleich von vornherein hervorheben. Es handelt sich bei allen Zahlen niemals um eine statistische Aufzeichnuug von Thatsachen,

sondern immer von Urteilen. Nicht wie z. B. bei der Mortalitätsstatistik liegen unzweifelhafte Thatsachen vor, welche registriert werden, sondern immer nur Diagnosen von Krankheiten, Diagnosen, welche Irrtümern unterworfen sind, und welche von den jeweiligen örtlich und zeitlich wechselnden Anschauungen beeinflußt werden. Bekanntlich hat sich die Erkenntnis, daß Syphilis und weicher Schanker zwei voneinander vollkommen verschiedene Krankheiten sind, erst im Laufe der letzten Decennien langsam Bahn gebrochen und kommt daher in demselben Lande an einem Orte früher, an einem anderen später in der Statistik zum Ausdruck. Wann und mit welcher Schnelligkeit sich dieser Wechsel in der Anschauung der Tausende von Einzelbeobachtern vollzogen hat, ist nicht zu sagen, Grund genug, um statistische Aufzeichnungen, welche über längere Zeit sich erstrecken, mit der größten Vorsicht aufzunehmen. Ferner leidet die Registrierung der Fälle von Syphilis und oft auch die der Fälle von Gonorrhoe an dem großen Fehler, daß bei der einen Statistik jedes einzelne Recidiv, bei anderen nur jeder einzelne Fall einzeln gerechnet wird. Daß oft genug diese Umstände benutzt werden, um die Beweiskraft von Zahlen tendenziös auszunutzen, ist bekannt. Aber auch die objektiv vergleichende Methode leidet unter solchen Schwierigkeiten.

I.

Man hat behauptet, daß die unter Kontrolle stehenden Prostituierten weniger häufig von venerischen Krankheiten befallen werden, als die nur gelegentlich zur Untersuchung gelangenden aufgegriffenen, „geheimen Prostituierten". Wir werden nachher sehen, ob das als ein Beweis für die Leistungsfähigkeit der Reglementierung angesehen werden kann. Prüfen wir zunächst die Behauptung. Der Beweis für dieselbe wird fast überall in gleicher Weise folgendermaßen geführt:

Man vergleicht, wieviel Eingeschriebene und wieviel Nichteingeschriebene bei je 100 Untersuchungen krank gefunden werden. In dieser Weise stellt z. B. v. Foller folgende Berechnung für Berlin auf:

In den 10 Jahren 1880—89 betrug

die tägliche Durchschnittszahl der unter Kontrolle stehenden Prostituierten	die Zahl der Untersuchungen (pro anno) an		die Zahl der Kranken (pro anno) unter den	
	Eingeschriebenen	Aufgegriffenen	Eingeschriebenen	Aufgegriffenen
3636	90 766	2201	992 = 1,12 Proz. der Untersuchten.	394 = 17,6 Proz. der Untersuchten.

Danach wären die Aufgegriffenen fast 16mal so gefährlich, wie die Eingeschriebenen. Genau dieselbe Berechnungsweise finden wir bei fast allen Autoren.

Aber ein derartiger Vergleich ist gänzlich unstatthaft, da ja die unter Kontrolle stehenden Dirnen sehr häufig, die Aufgegriffenen meist nur einmal untersucht werden und das Ergebnis infolgedessen für beide Gruppen selbstverständlich ein ganz ungleichwertiges ist, mag man die Erkrankungsziffer nun auf die Zahl der Untersuchungen oder auf die Zahl der Untersuchten beziehen.

Wie große Unterschiede bei diesen verschiedenen Vergleichungs-

methoden herauskommen, ergiebt folgende Tabelle für Dresden (nach Werther):

1895—1896	Zahl der Untersuchten	Zahl der Untersuchungen	Zahl der Kranken	Prozent der Untersuchten	Prozent der Untersuchungen
Eingeschriebene	835	37 265	614	75,5	1,7
Aufgegriffene	2425	3086	264	10,9	8,5

Man sieht, während nach der einen Methode die Aufgegriffenen 5mal gefährlicher sind als die Eingeschriebenen, sind nach der anderen Berechnungsweise die letzteren 7mal gefährlicher als die Aufgegriffenen. Die Wahrheit liegt natürlich in der Mitte; und Commenge bedient sich deshalb für Paris beider Berechnungsarten, ohne zu entscheiden, welche richtiger ist. Aber offenbar können beide nichts entscheiden, und man wird auf diesem Wege niemals eruieren können, welche von beiden Gruppen häufiger der Erkrankung an venerischer Affektion unterliegen. Man kann sogar ohne weiteres zugeben, daß gewöhnlich die Aufgegriffenen häufiger Geschlechtskrankheiten und häufiger virulente Formen derselben aufweisen; aber das beweist noch nichts für die Wirksamkeit der Kontrolle. Die unter Kontrolle Stehenden sind (wie wir gleich sehen werden) zum großen Teil ältere Prostituierte, welche gegen Syphilis zum Teil schon immun sind und auch seltner an Gonorrhoe erkranken, während wir bei den Aufgegriffenen gerade die jüngeren Prostituierten finden, die Anfängerinnen, und dann diejenigen Kontrollierten, welche der Kontrolle entschlüpft sind, eben weil sie wissen, daß sie krank sind*). Es würden also auch ohne Kontrolle die Prostituierten, welche jetzt derselben unterworfen sind, eine geringere Erkrankungsziffer und weniger kontagiöse Krankheitsformen aufweisen, als die Aufgegriffenen.

Man bekommt eine wirkliche Vorstellung über die Frequenz der venerischen Erkrankungen der unter Kontrolle stehenden Prostituierten einzig und allein, wenn man sich der von Sperk am Kalinkin-Hospital in St. Petersburg eingeführten Methode der Statistik bedient.

Das Prinzip der Sperk'schen Berechnung beruht auf der Einführung von individuellen Zählkarten für die Prostituierten, auf denen ihr Nationale, das Datum ihres Eintritts in die Kontrolle, sowie Datum, Dauer und Art der jeweiligen Erkrankung (Eintritt ins Hospital) eingetragen wird. Diese Eintragungen bilden dann die Grundlage für eine sehr bequeme graphische Darstellung der Erkrankungsziffer nicht nur für die einzelnen Kalenderjahre, sondern auch innerhalb jedes Jahres wieder für die verschiedenen Jahrgänge und Altersstufen der Prostituierten.

Freilich beziehen sich die Sperk'schen Zahlen nur auf die Syphilis, doch ist er mit Bezug auf diese zu höchst überraschenden Resultaten gelangt.

*) Dieser Fehler wird in Paris freilich vermieden, weil für die Gruppe der Arretierten, die „filles du dépôt", eine besondere Berechnung gemacht wird.

Danach zeigten in den 18 Jahren von 1874—1881 von 2708 Mädchen, welche in die Petersburger Bordelle eintraten

	24,2 Proz.	schon beim Eintritt deutliche Zeichen syphilitischer Erkrankung,
bei	22,8 „	wurden dieselben Spuren beobachtet,
sodafs	47,0 „	bei ihrem Eintritt zweifellos syphilitisch waren.
	21,8 „	waren, da sie im Laufe vieler Jahre nie infiziert wurden, wahrscheinlich als immun, als schon syphilisiert zu betrachten*),
sodafs	68,8 „	beim Eintritt als erkrankt
und nur	31,2 „	als völlig gesund gelten konnten.

Und von diesen 31 Proz. Gesunden werden so viele in den Bordellen infiziert, daß beständig der größte Teil syphilitisch ist.

Und zwar erkrankten an Syphilis im

1. Jahr	14,7 Proz.	4. Jahr	1,6 Proz.
2. „	14,3 „	5. „	0,9 „
3. „	4,1 „	über 5 „	0,1 „

Es sind also vorwiegend die jüngeren Jahrgänge, die von Syphilis befallen werden, während die älteren zum größten Teil schon immun sind. Es sind also die Bordelle nach Sperk eine Zufluchtsstätte, wo sich die Prostituierten zum Nachteile der Volksgesundheit während des ganzen Verlaufes der kondylomatösen Periode der vorher (oder im Beginn ihres Bordellaufenthaltes) erworbenen Syphilis aufhalten.

Auf die einzelnen Lebensjahre verteilt, stellt sich das Verhältnis so, daß von den im kondylomatösen Stadium stehenden Bordellmädchen

15—20	Jahre alt waren	(47,6 Proz.)
20—25	„ „ „	(29,3 „)
25—30	„ „ „	(20,8 „)
über 30	„ „ „	(11,8 „)

Bei den freilebenden Prostituierten, die an sich im Durchschnitt jünger sind, waren sogar 65 Proz. der Syphilitischen zwischen 15—20 Jahre alt.

Faßt man beide Gruppen zusammen, so waren unter der Gesamtzahl der Petersburger Prostituierten stets 42,7 Proz. im sekundären Stadium der Syphilis.

Daß es sich hier nicht um zufällige lokale Mängel handelt, sehen wir aus den Ziffern, welche in Paris aus der Prostituiertenabteilung zu St. Lazare gewonnen sind und wonach Syphilis acquirierten von 123 Prostituierten

bis zum	16. Lebensjahre von	7 =	5,7 Proz.	also unter 20 Jahren 53,7 Proz.
zwischen dem	17.—19. „ „	59 =	48,0 „	
„ „	20.—22. „ „	35 =	28,4 „	
„ „	23.—32. „ „	22 =	17,9 „	

d. h. die Hauptgefahr der syphilitischen Infektion besteht bei den Prostituierten unter 20 Jahren. Das erklärt auch sofort, warum unter den Syphilitischen die Zahl der nicht Kontrollierten eine so große ist

*) Die Rechnung Sperk's ist insofern nicht ganz zutreffend, da ja gerade diese 21,8 Proz. in hygienischer Hinsicht das beste Material darstellen.

methoden herauskommen, ergiebt folgende Tabelle für Dresden (nach Werther):

1895—1896	Zahl der Untersuchten	Zahl der Untersuchungen	Zahl der Kranken	Prozent der Untersuchten	Prozent der Untersuchungen
Eingeschriebene	835	37 265	614	75,5	1,7
Aufgegriffene	2425	3086	264	10,9	8,5

Man sieht, während nach der einen Methode die Aufgegriffenen 5mal gefährlicher sind als die Eingeschriebenen, sind nach der anderen Berechnungsweise die letzteren 7mal gefährlicher als die Aufgegriffenen. Die Wahrheit liegt natürlich in der Mitte; und Commenge bedient sich deshalb für Paris beider Berechnungsarten, ohne zu entscheiden, welche richtiger ist. Aber offenbar können beide nichts entscheiden, und man wird auf diesem Wege niemals eruieren können, welche von beiden Gruppen häufiger der Erkrankung an venerischer Affektion unterliegen. Man kann sogar ohne weiteres zugeben, daß gewöhnlich die Aufgegriffenen häufiger Geschlechtskrankheiten und häufiger virulente Formen derselben aufweisen; aber das beweist noch nichts für die Wirksamkeit der Kontrolle. Die unter Kontrolle Stehenden sind (wie wir gleich sehen werden) zum großen Teil ältere Prostituierte, welche gegen Syphilis zum Teil schon immun sind und auch seltner an Gonorrhoe erkranken, während wir bei den Aufgegriffenen gerade die jüngeren Prostituierten finden, die Anfängerinnen, und dann diejenigen Kontrollierten, welche der Kontrolle entschlüpft sind, eben weil sie wissen, daß sie krank sind*). Es würden also auch ohne Kontrolle die Prostituierten, welche jetzt derselben unterworfen sind, eine geringere Erkrankungsziffer und weniger kontagiöse Krankheitsformen aufweisen, als die Aufgegriffenen.

Man bekommt eine wirkliche Vorstellung über die Frequenz der venerischen Erkrankungen der unter Kontrolle stehenden Prostituierten einzig und allein, wenn man sich der von Sperk am Kalinkin-Hospital in St. Petersburg eingeführten Methode der Statistik bedient.

Das Prinzip der Sperk'schen Berechnung beruht auf der Einführung von individuellen Zählkarten für die Prostituierten, auf denen ihr Nationale, das Datum ihres Eintritts in die Kontrolle, sowie Datum, Dauer und Art der jeweiligen Erkrankung (Eintritt ins Hospital) eingetragen wird. Diese Eintragungen bilden dann die Grundlage für eine sehr bequeme graphische Darstellung der Erkrankungsziffer nicht nur für die einzelnen Kalenderjahre, sondern auch innerhalb jedes Jahres wieder für die verschiedenen Jahrgänge und Altersstufen der Prostituierten.

Freilich beziehen sich die Sperk'schen Zahlen nur auf die Syphilis, doch ist er mit Bezug auf diese zu höchst überraschenden Resultaten gelangt.

*) Dieser Fehler wird in Paris freilich vermieden, weil für die Gruppe der Arretierten, die „filles du dépôt", eine besondere Berechnung gemacht wird.

Danach zeigten in den 18 Jahren von 1874—1881 von 2708 Mädchen, welche in die Petersburger Bordelle eintraten

24,2 Proz. schon beim Eintritt deutliche Zeichen syphilitischer Erkrankung,
bei 22,8 „ wurden dieselben Spuren beobachtet,

sodafs 47,0 „ bei ihrem Eintritt zweifellos syphilitisch waren.
21,8 „ waren, da sie im Laufe vieler Jahre nie infiziert wurden, wahrscheinlich als immun, als schon syphilisiert zu betrachten*),

sodafs 68,8 „ beim Eintritt als erkrankt
und nur 31,2 „ als völlig gesund gelten konnten.

Und von diesen 31 Proz. Gesunden werden so viele in den Bordellen infiziert, daß beständig der größte Teil syphilitisch ist.

Und zwar erkrankten an Syphilis im

1. Jahr 14,7 Proz.		4. Jahr 1,6 Proz.
2. „ 14,3 „		5. „ 0,9 „
3. „ 4,1 „		über 5 „ 0,1 „

Es sind also vorwiegend die jüngeren Jahrgänge, die von Syphilis befallen werden, während die älteren zum größten Teil schon immun sind. Es sind also die Bordelle nach Sperk eine Zufluchtsstätte, wo sich die Prostituierten zum Nachteile der Volksgesundheit während des ganzen Verlaufes der kondylomatösen Periode der vorher (oder im Beginn ihres Bordellaufenthaltes) erworbenen Syphilis aufhalten.

Auf die einzelnen Lebensjahre verteilt, stellt sich das Verhältnis so, daß von den im kondylomatösen Stadium stehenden Bordellmädchen

15—20 Jahre alt waren (47,6 Proz.)
20—25 „ „ „ (29,3 „)
25—30 „ „ „ (20,8 „)
über 30 „ „ „ (11,8 „)

Bei den freilebenden Prostituierten, die an sich im Durchschnitt jünger sind, waren sogar 65 Proz. der Syphilitischen zwischen 15—20 Jahre alt.

Faßt man beide Gruppen zusammen, so waren unter der Gesamtzahl der Petersburger Prostituierten stets 42,7 Proz. im sekundären Stadium der Syphilis.

Daß es sich hier nicht um zufällige lokale Mängel handelt, sehen wir aus den Ziffern, welche in Paris aus der Prostituiertenabteilung zu St. Lazare gewonnen sind und wonach Syphilis acquirierten von 123 Prostituierten

bis zum 16. Lebensjahre von 7 = 5,7 Proz. } also unter 20 Jahren 53,7 Proz.
zwischen dem 17.—19. „ „ 59 = 48,0 „ }
„ „ 20.—22. „ „ 35 = 28,4 „
„ „ 23.—32. „ „ 22 = 17,9 „

d. h. die Hauptgefahr der syphilitischen Infektion besteht bei den Prostituierten unter 20 Jahren. Das erklärt auch sofort, warum unter den Syphilitischen die Zahl der nicht Kontrollierten eine so große ist

*) Die Rechnung Sperk's ist insofern nicht ganz zutreffend, da ja gerade diese 21,8 Proz. in hygienischer Hinsicht das beste Material darstellen.

(bez. warum unter den nicht Kontrollierten die Zahl der Syphilitischen eine so große ist). Die nicht Kontrollierten sind eben zum großen Teil die jungen Prostituierten, welche die Polizei nicht unter Kontrolle stellen will, kann oder darf. Und zwar hat Jullien gefunden, daß für beide Gruppen der Höhepunkt der Infektionsgefahr im 18. Lebensjahre liegt. Es ist eben nicht die Kontrolle, sondern das Alter, das die Prostituierten mit der Zeit ungefährlich macht. Das ist ja auch einleuchtend. Die jungen Mädchen stürzen sich in den Strudel des großstädtischen Lebens, sie vereinigen noch die sinnliche Begier mit dem Streben nach Gelderwerb; genußsüchtiger, genußfähiger und begehrter als ihre älteren verbrauchten Konkurrentinnen laufen sie in 8 Tagen ebenso viel Gefahr sich zu infizieren, wie jene in ebenso vielen Wochen und Monaten, um so mehr, als die älteren Prostituierten oft schon gegen Syphilis immun sind.

Auf ein zweites Moment, welches auf die größere oder geringere Gefährlichkeit der Prostituierten mit einwirkt, hat Wwedensky die Aufmerksamkeit gelenkt. Derselbe fand, daß in den teuren Bordellen die Zahl der Gesunden die der Syphilitischen überwiegt und zwar 77,7 Proz. gegen 23,3 Proz., während in den billigeren Bordellen die Zahl der Syphilitischen bei weitem größer ist: 62,1 gegen 27,5 Proz. Nichtsyphilitischer. Das beweist, daß die sanitären Zustände in den Bordellen viel weniger abhängig sind von der Strenge und der Häufigkeit der Untersuchung als von der sozialen Position der Besucher und den Lebensgewohnheiten der Insassen. Gerade die Wwedensky'sche Tabelle läßt vermuten, daß bessersituierte Prostituierte auch ohne Kasernierung und ohne Untersuchung weniger häufig an Geschlechtskrankheiten erkranken, als die Prostituierten niedrigerer Sorte. Sie haben eben ein größeres Reinlichkeitsbedürfnis und werden nicht so häufig in Anspruch genommen, als diese. Dies lehrt z. B. auch die Erfahrung in Frankfurt a. M., wo die isoliert lebenden Prostituierten in verschiedene Klassen geteilt sind, wobei das Aufrücken in höhere Klassen nur durch gute Führung zu erreichen ist. Die 1. Klasse wird alle 14 Tage in der Wohnung der Prostituierten vom Arzt untersucht. Erkrankungen kommen in derselben nach dem Bericht des dortigen Arztes nur ausnahmsweise vor.

Die 2. und 3. Klasse wird jede Woche im Polizeigefängnis untersucht. Bei diesen Untersuchungen wurden krank befunden:

1896 54 Prostituierte (5 2. Klasse und 49 3. Klasse)
1897 55 „ (25 2. „ „ 41 3. „)

Man sieht also auch hier, daß die Gesundheitsverhältnisse der Prostituierten nicht von der Zahl der Untersuchungen, sondern von ganz anderen Momenten bedingt werden.

Wurde früher nur die Syphilis der Prostituierten als wirklich gefährliche Erkrankung angesehen, so hat man im letzten Decennium begonnen, der Gonorrhoe der Prostituierten größere Bedeutung beizumessen.

Ueberall da, wo die von Neißer geforderte Gonokokkenuntersuchung eingeführt ist, hat sich die Zahl der an Gonorrhoe erkrankten

Prostituierten und dadurch auch die Totalerkrankungsziffer ungeheuer vermehrt.

Hammer hat in Stuttgart, wo eine ausgezeichnete Untersuchung der Prostituierten ausgeübt wird, im Jahre 1895 unter durchschnittlich 29 Eingeschriebenen 30 Erkrankungen an Gonorrhoe und 2 Erkrankungen an Syphilis gefunden. Damit stimmt überein, daß auch nach anderen Beobachtungen jede Prostituierte alljährlich mindestens 1 mal an Gonorrhoe erkrankt, daß ferner, wie ich für Berlin konstatieren konnte und von anderen aus vielen anderen Städten festgestellt ist, in jedem Augenblick mindestens $^1/_3$ der Prostituierten gonorrhoekrank ist.

Auch Jadassohn berechnet aus einer großen Zahlenreihe, daß in einem gegebenen Augenblicke unter den Prostituierten, die ihrem Gewerbe nachgehen, 30—40 Proz. solcher sind, bei denen sich Gonokokken nachweisen lassen. Aber auch hier macht sich, wie bei der Syphilis, der Altersunterschied geltend. So waren nach Schulz von den Prostituierten des Pester Rochus-Spitals

		Prostituiert seit Jahren	nicht gonorrhoisch	gonorrhoisch
unter 179	Prostituierten	= $^1/_2$	56 = 27,9 Proz.	123 = 72,1 Proz.
„ 65	„	= 1	28 = 43 „	37 = 57 „
„ 80	„	= 2	43 = 53,7 „	37 = 46,3 „
„ 77	„	= 3	46 = 59,7 „	31 = 40,3 „
„ 59	„	= 4	38 = 64,4 „	21 = 35,6 „
„ 48	„	= 4—8	36 = 75 „	12 = 25 „
„ 19	„	= 8	16 = 84 „	3 = 16 „
527			263 = 50 Proz.	264 = 50 Proz.

Es waren also von 527 erkrankten Prostituierten aller Jahrgänge 50 Proz. gonorrhoisch. Aber von diesen Gonorrhoischen waren 41,6 Proz. noch nicht ein halbes Jahr, 60 Proz. noch nicht ein Jahr lang prostituiert. Es gehörten somit fast $^2/_3$ dem ersten Jahrgange an.

Insofern freilich sind die späteren Jahrgänge mit Bezug auf die Gonorrhoe ungünstiger gestellt gegenüber der Syphilis, als z. B.

noch im 4. Jahr 35,6 Proz., also mehr als $^1/_3$
und bis zum 8. „ 25 „ „ $^1/_4$

der Prostituierten gonorrhoisch waren.

Wieso es kommt, daß die älteren Prostituierten so viel seltener an Gonorrhoe erkranken als die jungen, ist nicht leicht zu sagen: Eine Immunität gegenüber der Gonorrhoe ist, wie wir sahen, kaum anzunehmen. Es scheint hier vor allem mitzusprechen die geringere Inanspruchnahme der älteren Prostituierten und deren größere Routine mit Bezug auf Reinlichkeit, Untersuchung ihrer Besucher u. s. w.

Wir sehen somit, daß die Prostituierten, soweit sie nicht schon vor Eintritt in die Kontrolle krank waren, zum größten Teil im Laufe des ersten Jahres von venerischen Krankheiten befallen werden und zwar so, daß nach Ablauf dieses Jahres

83,5 Proz. syphilitisch sind (Sperk*)
65 „ Gonorrhoe acquiriert haben (Schulz).

Und nur diesen ersten Jahrgang dürfte man von Rechtswegen mit den nicht kontrollierten, gelegentlich aufgegriffenen Prostituierten vergleichen, wenn man die Wirksamkeit der Kontrolle erproben will. Sehr groß

*) Siehe Anmerkung S. 61.

werden die Unterschiede zu Gunsten der Kontrollierten sicher nicht sein.

Die Anhänger der Reglementierung geben aber ohne weiteres zu, daß die Zahl der kontrollierten Prostituierten, welche an Syphilis und Gonorrhoe alljährlich erkranken, eine große ist, sie wissen auch sehr wohl, daß die Prostituierten durch ihre Berufsthätigkeit infiziert werden, mögen sie eingeschrieben sein oder nicht. Aber — so argumentieren sie — der Nutzen der Kontrolle liegt ja eben darin, daß die Krankheit der eingeschriebenen Prostituierten bekannt wird, und daß diese — nachdem sie erkrankt ist, bis zu ihrer Heilung interniert wird, während ohne Reglementierung dieselbe Prostituierte zwar ebenso häufig erkrankt, aber obwohl erkrankt, ihr Gewerbe fortsetzen würde. Das ist ein Raisonnement, welches ziemlich unangreifbar erscheint.

Hierauf antworten nun die Abolitionisten: Der Vorteil, der durch die Internierung der geschlechtskranken Prostituierten erzielt wird, erleidet Einschränkungen dadurch, daß die nicht internierten Prostituierten um so stärker in Anspruch genommen werden. Sind nun unter diesen viele Kranke, wie z. B. die Gonorrhoischen, so wird der Nutzen, den die Internierung eines kleinen Bruchteils erzeugt, illusorisch.

Sie verweisen auf die viel größere Zahl der gesunden Prostituierten, welche wegen allerhand polizeilicher Kontraventionen interniert und somit dem Verkehr entzogen werden, auf das große Heer der geheimen Prostituierten, welche überhaupt nicht kontrolliert werden und sich der segensreichen Hospitalbehandlung entziehen, gerade weil sie fürchten, dort bekannt zu werden und hinterher der Reglementierung zu verfallen. Sie heben hervor, daß die strenge polizeiliche Ueberwachung, die vielen Beschränkungen, Verbote und Strafen, welche die sittenpolizeiliche Ueberwachung mit sich bringt, die Zahl dieser geheimen Prostitution noch vergrößert. Sie meinen, daß durch die feierliche Sanktion, welche dem Gewerbe der Prostituierten durch die Reglementierung gegeben wird, derselben der Charakter des Abstoßenden geraubt werde, und daß durch das Zutrauen zu ihren Resultaten die Furcht der männlichen Jugend vor geschlechtlicher Infektion sehr gemindert wird, so daß da, wo eine Kontrolle stattfindet, die männliche Jugend die Prostitution viel häufiger frequentierte.

Man sieht, ein Zusammen- und Entgegenwirken von Faktoren, deren Endresultat nicht a priori zu bestimmen ist. — „An ihren Früchten sollt ihr sie erkennen"; man muß sehen, wie die Gesundheit der männlichen Bevölkerung durch die Reglementierung beeinflußt wird.

II.

Man hat die Infektionsquellen der männlichen Geschlechtskranken eruiert, um zu konstatieren, welchen Anteil die unter Kontrolle stehenden Prostituierten an der Verbreitung der venerischen Krankheiten haben. Auch einer solchen Statistik haften zahlreiche Fehler an. Von absichtlich falschen Angaben abgesehen,

irren sich die Patienten oft, namentlich bei Syphilis, wo der infektiöse Coitus längere Zeit zurückliegt; oft genug können sie gar nicht wissen, ob eine Prostituierte unter Kontrolle steht oder nicht. Manche Clandestine geben dies an, um ihren Besuchern ein Gefühl von Sicherheit einzuflößen; andere, die unter Kontrolle stehen, verheimlichen absichtlich diese erniedrigende Thatsache. Daher sind Irrtümer nur da ausgeschlossen, wo die Prostituierten in Bordellen leben. Nun stoßen wir auf die zunächst ganz überraschende Thatsache, daß ein und derselbe Autor zu verschiedenen Zeiten zu ganz anderen Resultaten gelangt ist. So fand Fournier bei 387 Fällen von Gonorrhoe (1866) und bei 873 Fällen von Syphilis (1860), daß dieselben herrührten von

	I	II
öffentlichen Prostituierten	12	625
geheimen „	44	46
Maitressen, Theaterdamen etc.	138	52
Arbeiterinnen	126	100
Dienstmädchen	41	20
verheirateten Frauen	26	24
	387	873

Die großen Differenzen erklären sich aber leicht:

Tabelle I entstammt Fournier's vornehmer Privatklientel, die, weil sie zumeist mit galanten Frauen und nur selten mit Prostituierten verkehrt, sich natürlich ihre Krankheiten auch gewöhnlich bei den ersteren holt; Tabelle II dem Krankenhausmaterial, welches auf den Verkehr mit Prostituierten angewiesen ist. Aus den Tabellen ersieht man also nur, in welchen Kreisen die einzelnen Schichten der männlichen Jugend ihr geschlechtliches Bedürfnis zu decken pflegt; erst in zweiter Linie ist ersichtlich, welche Bedeutung für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten jede einzelne der genannten Gruppen hat.

Das zeigt sich in allen Ländern und an allen Orten.

In St. Petersburg fand Tschistjakow, daß von 500 Venerischen sich 14,4 Proz. ihre Krankheit von nicht zur Prostitution gehörigen Frauen, 18,4 Proz. von Bordelldirnen und 54,6 Proz. von einzellebenden Prostituierten geholt hatten.

Für Pesth liegen die Zahlen vor von Róna, Havas, Török und Friedrich, wonach 40—80 Proz. der Patienten ihre Erkrankung bei kontrollierten Prostituierten, 30—63 Proz. in Bordellen geholt haben.

In Braila (Rumänien) fand Butarescu, daß sich infizierten von

198 Kranken 127 in Bordellen (d. s. 74,2 Proz.)
20 bei Prostituées clandestines,
51 unbekannt.

Wie wenig derartige Vergleiche geeignet sind, ein Urteil über den Nutzen der Kontrolle abzugeben, zeigen folgende Zahlen aus Hamburg: Es infizierten sich dort:

		1887	1898
mit Syphilis	bei kontrollierten Prostituierten	48,6 Proz.	8,4 Proz.
	„ nicht kontrollierten Prostituierten	12,9 „	33,4 „
mit Gonorrhoe	„ kontrollierten Prostituierten	58,5 „	11,7 „
	„ nicht kontrollierten Prostituierten	9,2 „	38,5 „
mit Ulcus molle	„ kontrollierten Prostituierten	63,5 „	14,5 „
	„ nicht kontrollierten Prostituierten	6,2 „	25,7 „

Man vergleiche den großen Unterschied zwischen 1887 und 1898! Und dabei stammen diese Statistiken aus demselben Krankenhaus und von demselben Arzt (Engel-Reimers)! Sind nun in diesem Decennium die Bordelle 4—5mal gesunder und die nicht kontrollierten Prostituierten ebensoviel kränker geworden? Das ist nicht anzunehmen. Wenn diese Zahlengruppen richtig sind, so beweisen sie nur, daß die Zahl der Bordelle heute in Hamburg nicht mehr dem geschlechtlichen Bedürfnis genügt und infolgedessen die nichtkontrollierte Straßenprostitution überhand genommen hat, eine Erscheinung, der man fast überall begegnet, wo längere Zeit Bordelle bestehen.

Aber man sieht auch schon, daß dieser ganze Vergleichsmodus nicht geeignet ist, über den Nutzen der Kontrolle zu entscheiden. Infiziert sich ein großer Teil der Venerischen bei den kontrollierten Prostituierten, so sagt man: Siehe da, so gering ist der Nutzen der Kontrolle. Infiziert sich nur ein geringer Bruchteil, so kann man sagen, und nicht ohne Berechtigung: Was nützt die Kontrolle einiger weniger Prostituierter, wenn die Mehrzahl der Venerischen sich ihre Krankheit doch anderswo holt! Wie also auch immer das Resultat sein möge, beweiskräftig ist es in keinem Falle.

Und so läßt sich denn auch der relative Wert eines Ueberwachungssystems gegenüber einem anderen nicht aus der Zahl der Infektionsquellen ermitteln. Wenn es z. B. heißt: es infizierten sich an einem Orte in Bordellen so und so viel, bei freiwohnenden Prostituierten so und so viel Patienten, so sind diese Zahlen ohne Beweiskraft. In dem einen Orte sind nur sehr wenige, dort zahlreiche Bordelle, hier werden die Bordelle sehr viel, dort sehr wenig frequentiert, hier bilden sie das Rendez-vous der Jeunesse dorée, anderswo bilden Matrosen und Arbeiter ihre ausschließliche Klientel, u. s. w. Ich hebe das besonders hervor, weil die Statistik der Infektionsquellen mit Vorliebe als ein Argument zu Gunsten (oder auch zu Ungunsten, je nach der Stellung des Autors) der Bordelle gemißbraucht wird. Aber es ist klar, daß diese Zahlen gar nichts beweisen.

Man könnte sich eine Vorstellung von der relativen Gefährlichkeit der kontrollierten und der nicht kontrollierten Prostituierten machen, wenn man wüßte: 1) in welchem Umfange die kontrollierten und in welchem Umfange die nicht kontrollierten Prostituierten von der Bevölkerung benutzt werden und 2) auf wieviele Kohabitationen in jeder Gruppe eine Infektion entfällt.

Solange man über diese Punkte nichts weiß, sind alle Schlußfolgerungen auf die Gefährlichkeit der nicht überwachten Prostitution und auch auf den Nutzen der Kontrolle sowie der verschiedenen Ueberwachungssysteme Behauptungen ohne sichere Basis.

III.

Man hat die Erkrankungsziffern der männlichen Bevölkerung verglichen in Ländern und Orten mit und ohne Kontrolle und in solchen Ländern und Orten, wo eine Kontrolle eingeführt, oder eine früher bestehende wieder abgeschafft worden ist.

Statistiken über die venerischen Krankheiten in der Gesamtbevölkerung giebt es nur in Norwegen und Dänemark, während

man sich in allen übrigen Ländern mit den Erkrankungsziffern weniger ausgewählter Berufsgruppen behelfen muß; und man hat diejenige Berufsgruppe, deren venerische Erkrankungen in allen Ländern gleichmäßig rubriziert werden — die Armeen — als Gradmesser für den Gesundheitszustand der Allgemeinbevölkerung und als Beweismittel für den Nutzen der Reglementierung sowie für die schädlichen Folgen des Fehlens derselben gewählt. Nun ist es aber nicht angängig, wie es von einzelnen Autoren, z. B. von Commenge, geschehen ist, einfach die Zahlen der Armeen verschiedener Staaten zu vergleichen.

In Dänemark z. B. haben wir eine Miliz, welche nur wenige Monate unter den Waffen steht; die schwedische Armee besteht aus einem festen Stamm zumeist verheirateter und auf dem Lande wohnhafter Mannschaften, die jährlich einmal auf kurze Zeit zu Waffenübungen einberufen werden. Außer diesem Stamm giebt es noch eine kleine Anzahl geworbener Mannschaften, die ebenfalls der Landbevölkerung entstammen. — Daß hier venerische Krankheiten selten vorkommen, ist erklärlich.

England hingegen besitzt ausschließlich ein Söldnerheer, dessen Truppen sich bislang aus den schlechtesten Schichten der Bevölkerung rekrutierten und 7 Jahre hindurch dienen müssen. In der preußischen Armee ist die Disciplin eine außerordentlich strenge und die Löhnung sehr gering (22 Pf. pro Tag); die preußischen Soldaten können daher nur in geringem Umfange die gewerbsmäßige Prostitution benutzen, während der englische Soldat, welcher einer lockeren Disciplin unterworfen ist und eine sehr hohe Löhnung hat (6—7 sh. pro Tag, also 30mal mehr als der deutsche Soldat), zum größten Teil sein geschlechtliches Bedürfnis bei gewerbsmäßigen Prostituierten, und zwar Prostituierten niedrigster Sorte befriedigt. Es kommen ferner noch die Verschiedenheit der Volkssitten, der Temperamente der verschiedenen Nationalitäten hinzu, so daß es wirklich nicht angeht, die Armeen zweier verschiedener Länder miteinander zu vergleichen.

Man hat allgemein aus den hohen Ziffern der englischen Armee auf eine gleich hohe Erkrankungsziffer in der bürgerlichen Bevölkerung geschlossen; aber wie irrig ist das! Der englische Soldat lebt in Ausnahmeverhältnissen, die wie dazu geschaffen sind, ihn zur Beute der venerischen Krankheiten zu machen. Ganz anders die bürgerliche Bevölkerung: Der junge Mann, der abends um 6 Uhr von der City heimfährt, um 7 Uhr in der Vorstadt im Elternhaus oder in einem Boarding-house sein Mittagessen einnimmt, muß schon ein besonders leichtsinniger Mensch sein, wenn er gewohnheitsmäßig abends noch einmal eine Reise in die Stadt unternimmt. Wer allerdings die Dinge nach Regent-Street und Piccadilly beurteilt, bekommt ein falsches Bild von der Lebensweise der englischen Jugend; diese Orte sind zu einem großen Teil der Sammelplatz der Fremden, während der junge Engländer im allgemeinen seine freien Stunden gern dem Sport und den körperlichen Uebungen widmet und eine hohe Achtung vor dem weiblichen Geschlecht hat.

Leider existieren keine Statistiken über die Verbreitung der venerischen Krankheiten in England; aber die lächerlich geringe Zahl von Betten, welche in den Krankenhäusern Londons und der übrigen englischen Großstädte für Venerische reserviert sind, spricht doch,

mögen sie auch dem wirklichen Bedürfnis nicht genügen, dafür, daß das Bedürfnis selbst erheblich geringer als in den meisten Städten des Kontinents ist.

So viel ist sicher, die Militärstatistiken geben kein sicheres Bild von der Verbreitung der venerischen Krankheiten unter der Civilbevölkerung, und die Verbreitung dieser Krankheiten unter der Gesamtbevölkerung eines Landes wird in erster Linie von Faktoren bedingt, die mit der Reglementierung nichts zu thun haben.

Ist es somit nicht möglich, die Verbreitung der venerischen Krankheiten in zwei verschiedenen Ländern als Maßstab für die Wirksamkeit der Reglementierung der Prostitution zu verwenden, so ist dieses schon eher möglich mit den zeitlichen und örtlichen Differenzen der Erkrankungsziffern, insbesondere der Armeen ein und desselben Landes.

Freilich haben wir ja gesehen, daß die Geschlechtskrankheiten fast überall zeitliche Schwankungen in der Frequenz durchmachen, spontane Oscillationen, wie sie z. B. für Kopenhagen von Ehlers nachgewiesen sind (s. S. 75), wie ich sie für Berlin in den letzten drei Decennien gefunden habe, Mounier in der belgischen Armee, Tommasoli in der italienischen etc. Diese Schwankungen sind bedingt zum Teil durch bekannte Ursachen. So hat z. B. Mauriac gezeigt, daß die venerischen Krankheiten in Paris nach jeder Weltausstellung sehr stark zuzunehmen pflegen und daß sie nach dem Kriege 1870—1871 außerordentlich abgenommen haben. Oft aber kennen wir die Ursachen dieser Schwankungen nicht. Man nennt sie spontan, obwohl ohne Zweifel in den ökonomischen, sozialen und allgemeinhygienischen Verhältnissen der Bevölkerung verborgene Ursachen existieren müssen, welche das Anwachsen der Geschlechtskrankheiten in einzelnen Jahren, das Absinken derselben in anderen Jahren verursachen.

Es ist nun in den letzten Jahrzehnten in verschiedenen europäischen Staaten die Reglementierung der Prostitution großen Aenderungen unterworfen werden; und wir wollen untersuchen, von welchem Einfluß diese Veränderungen auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in diesen Ländern gewesen sind.

Italien zunächst, wo, wie wir sahen, 1888 die Reglementierung aufgehoben wurde, ist nicht sehr geeignet, diese Frage zu entscheiden. Was Crispi und auch später Nicotera an die Stelle der Reglementierung gesetzt haben, sind sehr komplizierte Einrichtungen, die noch dazu von den Behörden zum Teil absichtlich und böswillig sehr mangelhaft ausgeführt wurden. Es wäre daher kein Wunder, wenn, wie von verschiedenen italienischen Aerzten behauptet wird, die Zahl der Geschlechtskrankheiten in Italien seit 1888 zugenommen hat. Nun zeigt aber die von Tommasoli publizierte Statistik des italienischen Heeres (siehe Verhandlungen der Brüsseler Konferenz), daß eine solche Zunahme nicht stattgefunden hat, daß vielmehr heute die Erkrankungsziffer geringer ist als in der letzten Zeit unter dem Reglement Cavour, und obwohl im Jahre 1890 ein Anschwellen der venerischen Krankheiten stattgefunden hat, dieses Anschwellen nicht so hoch war, als 1870 und 1880. Er zeigt ferner, daß in dem letzten Decennium Gonorrhoe und Ulcus molle sogar abgenommen haben, und daß zwar von 1887 an eine Zunahme der Syphilis zu konstatieren ist, daß aber diese Zunahme nicht in allen

Garnisonen gleichmäßig stattgefunden hat. Er zeigt ferner, daß auch die Zahl der syphilitischen Findelkinder an einigen Orten in einigen Provinzen Italiens zugenommen, in anderen abgenommen hat, an anderen wieder unverändert geblieben ist, so daß, wenn wirklich in Italien eine Zunahme der Syphilis in diesem letzten Decennium stattgefunden hat, diese nicht sehr bedeutend sein kann.

In Norwegen, wo, wie erwähnt, alle Fälle gemeldet werden, sollte man es für leicht halten, zu eruieren, ob nach Aufhebung der Reglementierung eine Zunahme der venerischen Krankheiten eingetreten ist. Doch die Ergebnisse der Statistik lassen bei unbefangener Prüfung für Gonorrhoe und Ulcus molle gar keine und auch für Syphilis eine geringe Zunahme erkennen; und selbst diese ist so zweifelhaft, daß die norwegischen Aerzte sehr geteilter Meinung hierüber sind. Ich selbst habe darauf hingewiesen, daß durch die starke Einwanderung vom Lande, welche bald nach Aufhebung der Reglementierung in Christiania begann, die Zusammensetzung der Bevölkerung sich dort so geändert hat, daß schon die Prozentberechnung eine irreführende ist.

Aber die dortigen Krankenhausärzte behaupten, daß auf den Abteilungen für venerische Frauen an Stelle der früheren Prostituierten jetzt Dienstmädchen und Arbeiterinnen getreten seien; und sie meinen, daß die Aufhebung der Reglementierung eine Verbreitung der Syphilis in diesen Schichten der weiblichen Bevölkerung zur Folge gehabt habe, daß ferner bei gleichbleibender oder gar wachsender Zahl von gewerbsmäßigen Prostituierten infolge des Fehlens der Kontrolle die Zahl der behandelten Prostituierten enorm abgenommen habe, daß daher offenbar zahlreiche kranke Prostituierte in der Stadt ihr Gewerbe fortsetzen müßten. Das müsse eine Zunahme der venerischen Krankheiten auch in der männlichen Bevölkerung zur Folge haben. Es ist möglich, daß das Raisonnement von Holst und den anderen Anhängern der Reglementierung richtig ist. Solange aber die Statistik keinen exakten Beweis dafür giebt, daß diese traurigen Folgen thatsächlich eingetreten sind, muß ein gewissenhafter Beurteiler ein „Non liquet" aussprechen.

Dasselbe gilt von England, wo weder die Einführung der Contagious Diseases Act besonders günstig gewirkt, noch deren Aufhebung ungünstige Erfolge gezeitigt hat. Auf das ungeheure Zahlenmaterial, das von Anhängern und Gegnern der Reglementierung vorgebracht worden ist, kann ich hier unmöglich eingehen. Die Quintessenz desselben läßt sich etwa folgendermaßen zusammenfassen:

Die venerischen Krankheiten haben während der letzten 36 Jahre in England an und für sich außerordentlich starke Schwankungen durchgemacht, derart, daß in der gesamten Armee

1) schon vor Einführung der Act die venerischen Krankheiten eine Zeit lang abnahmen,

2) nach Einführung der Act diese Abnahme eine Zeit lang in vermindertem Maße anhielt,

3) in der darauffolgenden Periode durch die sogenannte Lord Caldwells Ordre, auf Grund deren venerisch Kranke bestraft wurden, diese Krankheiten so stark verheimlicht wurden, daß dieser Zeitraum für eine exakte Statistik nicht verwertbar ist,

4) dann noch während des Bestehens der Act die Geschlechtskrankheiten wieder stark anstiegen,

5) nach Abschaffung der Act 3 Jahre lang (1884—87) diese Zunahme anhielt,

6) in den nun folgenden Jahren (1888—98) aber die Geschlechtskrankheiten ganz regelmäßig und sehr erheblich abgenommen haben.

Ein Vergleich zwischen den 14 reglementierten und den 14 nicht reglementierten Stationen (welche übrigens mit Bezug auf hygienische Verhältnisse nicht ganz gleichwertig gewählt waren) zeigt nun, daß während der Dauer der Act die reglementierten Orte ein wenig

„Primary Syphilis“ in den 14 reglementierten und in den 14 nicht reglementierten Stationen von 1860—1898 (nach A. Cooper).

Reglementierung allmählich eingeführt. Reglementierung modifiziert und schließlich 1886 aufgehoben.



Reglementierte Stationen. Nichtreglementierte Stationen.

Fig. 2.

niedrigere Ziffern aufwiesen als die nicht reglementierten. Aber diese niedrigeren Ziffern sind fast ausschließlich bedingt durch eine Differenz in der sogenannten „primary syphilis“, während die Ziffern für die konstitutionelle Syphilis kaum, die für Gonorrhoe gar keine Unterschiede aufweisen. Diese „primary syphilis“ ist aber nicht etwa wirkliche Syphilis, sondern Schanker schlechtweg, d. h. harter und weicher Schanker zusammengenommen und zwar in einem unbekannten Verhältnis; und da, wie die Zahlen von Mauriac für Paris zeigen, das Verhältnis zwischen diesen beiden Affektionen in kurzer Zeit ungeheuren Schwankungen unterliegt, ist nicht zu sagen, ob wirklich eine auch nur geringe Differenz zu Gunsten der Syphilis vorliegt. Kromayer hat die Prozentziffern getrennt für die einzelnen Stationen studiert und zieht auf Grund dieser Zahlen den Schluß, daß die Reglementierung die Frequenz der Gonorrhoe unbeeinflußt lasse, aber auf die Verbreitung der Syphilis günstig eingewirkt habe. Für eine solche Behauptung reichen aber die statistischen Unterlagen keineswegs aus. Ganz abgesehen davon, daß primary syphilis eben nicht

Syphilis ist, spricht gerade das genauere Studium der einzelnen Stationen gegen diese Anschauung. Ich will hier nur hervorheben, daß gerade in der größten der reglementierten Stationen, in Aldershot, dieses Absinken der Erkrankungsziffer an „primary syphilis" sich nur auf die ersten Jahre ihres Bestehens bezieht, während in den letzten 5 Jahren der Reglementierung die Erkrankungsziffer wieder erheblich anstieg, so erheblich, daß nach 16-jähriger Dauer der Act die Erkrankungsziffer höher war, als bei ihrer Einführung. Dasselbe gilt von den Stationen Devonport-Plymouth, Winchester, Cork und Curragh.

Nun ist aber in fast allen englischen Stationen, auch in denjenigen, in welchen die Reglementierung aufgehoben wurde, nach einem vorübergehenden Anstieg in den letzten 9 Jahren die Frequenz aller drei Krankheiten ganz erheblich zurückgegangen, so erheblich, daß sie z. B. in Aldershot 1897 nur noch 130 Prom. gegen 314 Prom. 1883 betrug. (1883 war in Aldershot die Ziffer allein für „primary syphilis" schon 159 Prom.)

Dieser Abfall wird dadurch erklärt, daß die Armee sich jetzt aus einer bei weitem besseren Gesellschaftsschicht zusammensetze als früher, daß an Stelle der niederen Arbeiter, welche früher ausschließlich das Kontingent zur Armee gestellt hätten, jetzt die besseren Arbeiter, Mechaniker, Handlungsgehilfen etc. sich zahlreich einreihen ließen, und daß auch der gemeine Mann, dessen Schulbildung so wie so schon besser sei wie früher, durch das Beispiel der höherstehenden Kameraden veranlaßt, bessere Lebensgewohnheiten angenommen habe. Der Soldat von heutzutage sei nüchterner, sauberer und habe mehr Selbstbeherrschung. Für einzelne Plätze, wie z. B. Aldershot, komme noch der Bau neuer, mit besseren hygienischen Einrichtungen versehener Kasernen hinzu, so daß zahlreiche günstige Momente sich vereinigten. „Ohne dies", heißt es in einem diesbezüglichen Artikel der Lancet, „würde die Aufhebung der Act zweifellos noch bösere Folgen gehabt haben, als es thatsächlich der Fall ist". Diese bösen Folgen sieht die Lancet in der noch immer hohen Erkrankungsziffer, bedingt durch die zum großen Teil venerisch infizierten verlassenen Soldatenfrauen, welche keiner Kontrolle unterliegen. Aldershot ist die Garnison, von der aus gewöhnlich die Truppen in die Kolonien geschickt werden. Ein großer Teil der Mannschaften ist verheiratet; während aber sonst die Frauen von Garnison zu Garnison mitgehen dürfen, ist es nicht erlaubt, daß sie in die Kolonien nachfolgen. Die Frauen, die in dem kleinen Aldershot keine Beschäftigung finden, verfallen dem Elend und der Prostitution. Daß unter solchen Umständen die Erkrankungsziffer in Aldershot immer noch hoch genug ist, kann nicht Wunder nehmen. Aber wie will man beweisen, daß bei bestehender Reglementierung die Verhältnisse besser wären? Dover ist eine ziemlich stabile Garnison, gebildet zum größten Teil aus Truppen, die schon aus den Kolonien zurückgekehrt sind. Die Stadt, ein größerer Ort, bietet den Soldatenfrauen reichlich Erwerbsgelegenheiten; kein Wunder, daß die Gesundheitsverhältnisse hier bessere sind.

Ich habe diese Verhältnisse als Beispiel angeführt, um zu zeigen, wie zahlreiche Momente bei den Schwankungen und Differenzen in der Frequenz der venerischen Erkrankungen zusammenwirken, und wie man, wenn man die lokalen Verhältnisse nicht bis ins kleinste Detail genau kennt, gar nicht imstande ist, ein Urteil über die Wirkungen der

Reglementierung an einem Orte zu gewinnen. Daß ohne Reglementierung die Verhältnisse besser wären, wie die „Lancet" meint, ist möglich, aber eine Behauptung, welche vorläufig ohne Beweise ist.

In Holland war während der Jahre 1850—1886 die Reglementierung in verschiedenen Städten eingeführt worden; ein deutlicher Einfluß auf die Frequenz der venerischen Krankheiten in der Armee läßt sich jedoch nicht sicher feststellen. Die holländischen Armeestatistiken haben dem Mathematiker Professor Mounier in Utrecht Anlaß zu eingehenden Untersuchungen gegeben, auf Grund deren er zu dem Schluß kommt, daß die Ziffer der venerischen Krankheiten in der holländischen Armee von konstanten Ursachen beherrscht wird, welche eine leichte Verminderung in den Chancen der Ansteckung herbeiführen.

In den Städten, wo die Reglementierung eingeführt ist, beläuft sich nach ihm in diesen 36 Jahren die Wahrscheinlichkeit, daß eine die Ansteckungschancen vermindernde Ursache existiert, auf 16/25, in den Städten ohne Reglementierung in dem gleichen Zeitraum auf 19/20.

Danach würde die Existenz einer solchen Ursache wahrscheinlich in den reglementierten, fast zur Gewißheit in den nicht reglementierten. Nach Mounier ist somit die Reglementierung nicht die Ursache der konstatierten leichten Aufbesserung des Gesundheitszustandes. Er verneint aber überhaupt die Frage, ob die Statistik die ihr hier gestellte Frage lösen könne, vor allem deshalb, weil die Reglementierung nur ein ganz accessorischer Faktor in der Entwickelung der venerischen Krankheiten sei und die großen konstanten Ursachen ganz anderswo zu suchen seien.

Daß in der That die Verbreitung der venerischen Krankheiten in einer Truppe im wesentlichen von anderen Einflüssen bedingt wird, zeigen die Zahlen der holländischen Kolonialarmee. Danach erkrankten in derselben z. B. 1897 an Syphilis

von den europäischen Truppen	5,0	Proz.
„ „ asiatischen „	0,77	„
„ „ afrikanischen „	1,8	„

Es erkrankten somit die europäischen Truppen an denselben Orten und unter denselben Bedingungen siebenmal häufiger an Geschlechtskrankheiten als die eingeborenen Soldaten und dreimal häufiger als die Negertruppen. Natürlich beweisen solche Thatsachen nichts gegen die Wirksamkeit einer Reglementierung der Prostitution. Aber sie zeigen doch, daß gegenüber den Einflüssen, welche die allgemeinen Existenzbedingungen und die Lebensgewohnheiten einer Bevölkerungsgruppe auf die Frequenz der venerischen Krankheiten in derselben ausüben, die Reglementierung nicht ins Gewicht fällt.

Auch in der Schweiz sind die Anschauungen der Aerzte darüber, ob die Abschaffung der Reglementierung schädliche Folgen gehabt habe, sehr geteilt; an exakten Zahlen fehlt es.

Ein sehr beliebtes Beispiel, um die Ueberflüssigkeit oder gar die Schädlichkeit der Reglementierung zu beweisen, ist die Stadt Kolmar im Oberelsaß, wo der frühere Maire Schlumberger im Jahre 1880 die Bordelle geschlossen hat und danach eine Abnahme der venerischen Krankheiten im Kolmarer Bürgerhospital und in der Kolmarer Garnison beobachtet hat. Aber ich glaube nicht, daß die

Kolmarer Zahlen von zwingender Beweiskraft sind. Es handelt sich nur um ganz kleine Erkrankungsziffern und so mäßige Schwankungen, daß dieselben sehr wohl auch durch andere Momente bedingt sein könnten. Dann ist Kolmar ein kleiner Ort, in welchem es vielleicht möglich ist, die gewerbsmäßige Prostitution fast gänzlich zu unterdrücken und die männliche Jugend auf die natürlich gesunderen Dienstmädchen und Arbeiterinnen zu beschränken, während die jungen Leute der besitzenden Klasse nach Mühlhausen und Straßburg fahren und dort die Bordelle und die gewerbsmäßigen Prostituierten aufsuchen. Will man den Einfluß der Reglementierung prüfen, so muß man sich an die Großstädte halten, für welche die Reglementierung erfunden ist, wo sie am meisten ausgebildet ist, wo sie aber auch den größten Schwierigkeiten begegnet.

Prüfen wir nun die gesundheitlichen Verhältnisse in Ländern, wo die Reglementierung seit Jahren in unverminderter Schärfe besteht oder wo nur zeitweise eine Verbesserung oder Verschlechterung der Kontrolle eingetreten ist. Die klassischen Länder der Reglementierung sind Frankreich und Belgien. Leider besitzen wir von dort keine Statistik der venerischen Krankheiten in der Gesamtbevölkerung, sondern nur die Armeeziffern und die Krankenhauszahlen. Auf diese Zahlen hat bekanntlich Mauriac seine Untersuchungen über die Zunahme und Abnahme der venerischen Krankheiten in Paris basiert und er hat die Faktoren dargethan, von welchen das Steigen und Fallen dieser Ziffern beeinflußt worden ist. Aber er hat unter diesen Momenten der Reglementierung der Prostitution nur eine sehr untergeordnete Rolle zuerteilt. Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Belgien hat im Jahre 1887 eine Königliche Kommission, eine umfassende Enquete angestellt. Aber auch die Resultate dieser Enquete gestatten kein Urteil über den Einfluß der Reglementierung auf die Frequenz der venerischen Krankheiten, da die der Kommission gemachten Angaben über diese Frequenz so vage und unbestimmt waren, daß man aus denselben exakte wissenschaftliche Schlüsse nicht ziehen kann.

In Schweden waren im vorigen Jahrhundert die venerischen Krankheiten, insbesondere die Syphilis ungeheuer verbreitet, und namentlich auf dem Lande hatte die Syphilis in erschreckender Weise um sich gegriffen. Geeignete Maßnahmen — regelmäßige Visitationen der Bevölkerung und völlig unentgeltliche Krankenhausbehandlung von sämtlichen Geschlechtskranken — haben dann eine starke Abnahme der Erkrankungsziffer zur Folge gehabt. Zwar kennen wir nur die Ziffern der Krankenhäuser; doch sind diese gerade in Schweden maßgebender als anderswo, weil eben die unentgeltliche Verpflegung die Venerischen in großer Zahl in die Krankenhäuser zieht.

Die Krankenhausstatistik zeigt nun folgendes: Während im Lande von 1822—1896 die Erkrankungsziffer an venerischen Krankheiten von 10,4 auf 3,4 auf 10000 der Bevölkerung, also auf ein Drittel herabsinkt, ist in Gothenburg und Stockholm, Städten, die inzwischen zu Großstädten herangewachsen sind, ein solches Absinken nicht zu bemerken. Nach 75 Jahren ist in Gothenburg die Erkrankungsziffer (33,3 ⁰/₀₀₀) unverändert geblieben, in Stockholm auf mehr als das doppelte (von 30,0 ⁰/₀₀₀ auf 68,7 ⁰/₀₀₀) gestiegen. 1847 wird in Stockholm die Reglementierung der Prostitution eingeführt. Damals betrug die Erkrankungsziffer in Stockholm 82,2 ⁰/₀₀₀. Sie

steigt innerhalb der nächsten 20 Jahre bis auf 121 $^0/_{000}$ und fällt dann mit einigen Schwankungen auf 68,7 $^0/_{000}$. Was die einzelnen Krankheiten betrifft, so betrug die Syphilis früher auf dem Lande 80 Proz., 1852—1861 50—60 Proz. und beträgt jetzt 30,5 Proz. der venerischen Krankheiten. Sie ist in dieser Zeit von 3,1 auf 1,1 auf 10000 Einwohner, d. h. auf ein Drittel herabgesunken, während sie in der gleichen Zeit in Stockholm von 24,8 nur auf 12,1, d. h. nur auf die Hälfte herabgesunken ist.

(Freilich hat neuerdings in Stockholm auch die private und poliklinische Behandlung Geschlechtskranker zugenommen.)

Ulcus molle hat im ganzen Lande ziemlich gleichmäßig abgenommen, während Gonorrhoe überall auf das Doppelte bis Dreifache gestiegen ist.

Es hat also auch in dem reglementierten Stockholm eine Abnahme der Syphilis in den letzten 35 Jahren stattgefunden, aber bei weitem nicht so erheblich als auf dem nicht reglementierten flachen Lande. Es wäre thöricht, das auf Rechnung der Reglementierung zu setzen. Der Abolitionist natürlich würde sagen: ohne Kontrolle wären die Verhältnisse in Stockholm bessere, der Reglementarist: ohne Kontrolle wären sie noch schlimmer. Ich ziehe es vor, keines von beiden zu sagen. Ich glaube aber, daß die Besserung der Gesundheitsverhältnisse im ganzen Lande vor allem den anderweitigen hygienischen Maßnahmen, insbesondere der gerade in Schweden so überaus reichlich geübten unentgeltlichen Hospitalbehandlung Venerischer zuzuschreiben ist.

Wie schwierig es ist, bei dem Zusammenwirken so vieler Faktoren den Einfluß der Reglementierung festzustellen, zeigt das Beispiel Dänemarks. Für dieses hat Giersing in seinen bekannten Arbeiten den Beweis zu erbringen versucht, daß in den reglementierten Städten die venerischen Krankheiten, insbesondere die Syphilis in den 12 Jahren von 1874—1885 erheblich zugenommen hätten, während in den nicht oder nur unvollkommen reglementierten Städten eine solche Zunahme nicht zu bemerken gewesen sei. Aber gerade diese Giersingschen Statistiken beweisen, wie vorsichtig man sein muß, wenn man nicht vorschnell Urteile fällen will. Von dem Jahre an, wo die Statistik des Herrn Giersing aufhört, begann die Frequenz der Syphilis in Dänemark und namentlich in der Hauptstadt Kopenhagen — auf diese hatte sich Giersing namentlich gestützt — wieder rapide zu fallen, eine Thatsache, welche durch die nebenstehende Kurve verdeutlicht wird. Man sieht aus derselben, daß unter der gleichmäßig fortdauernden Reglementierung die Verbreitung der Syphilis in den letzten 25 Jahren ganz kolossale Schwankungen durchgemacht hat, Schwankungen, über deren Ursache auch Ehlers nichts auszusagen weiß. Die Kopenhagener Syphiliskurve ist die Resultante aus zahlreichen anderen Kurven, welche die verschiedenen, auf die Verbreitung der Syphilis einwirkenden, sie vermehrenden oder vermindernden Einflüsse darstellen. Denken wir uns nun diejenige Kurve fortfallend, welche die Reglementierung darstellt, so würde die resultierende Kurve wahrscheinlich eine andere Form haben als die jetzige. Sie würden über derselben oder unter ihr liegen, sie kreuzen etc. Da wir aber diese Kurve, welche Kopenhagen ohne Reglementierung in dem gleichen Zeitraume darstellen würde, nicht kennen, so haben wir auch nicht

die mindeste Vorstellung darüber, welchen Einfluß die Reglementierung in dieser Zeit gehabt hat.

Syphilis in Kopenhagen von 1864—1897 auf 1000 Einwohner berechnet (nach Ehlers).

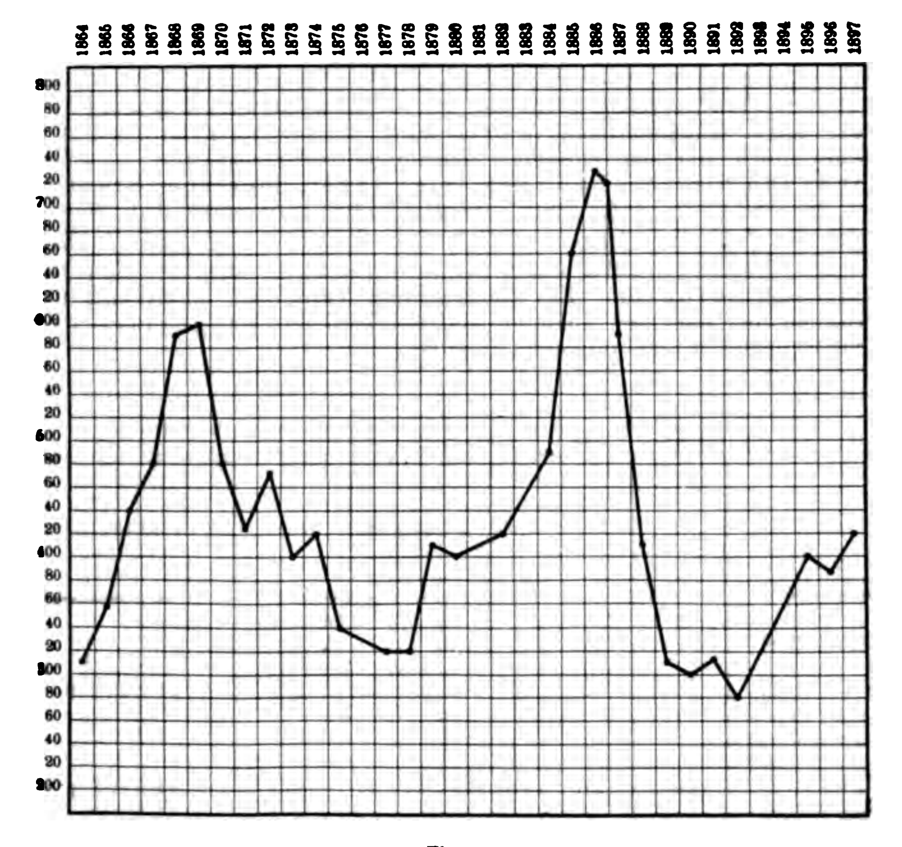


Fig. 3.

Gehen wir nun auf Deutschland über, so haben wir schon das Beispiel von Kolmar erwähnt und hervorgehoben, wie wenig beweisend dasselbe nach irgend einer Richtung ist. Nehmen wir eine andere elsässische Stadt, Straßburg, in welcher seit einer Reihe von Jahren Professor Wolff die Untersuchung und Behandlung der Prostituierten in besonders sorgfältiger Weise leitet und — was mir für die Wirksamkeit der Reglementierung nicht ohne Wichtigkeit erscheint — diesen unglücklichen Geschöpfen in humanster Weise durch Vermeidung aller unnötigen Härten das Unangenehme ihrer Lage möglichst zu erleichtern sucht. Wolff hat durch ausführliche Statistiken, welche sich fast über das ganze 19. Jahrhundert erstrecken, den Beweis zu liefern gesucht, daß die Frequenz der venerischen Erkrankungen der Garnison stets im umge-

kehrten Verhältnis steht zur Zahl der im Spital verpflegten Prostituierten, und er glaubt auf Grund dieser Statistiken den Schluß ziehen zu dürfen, daß, je strenger die Kontrolle der Prostituierten, desto geringer die Erkrankungsziffer der männlichen Bevölkerung sei. Nun ist es meines Erachtens nicht angängig, die französische Epoche vor 1870 mit der deutschen nach 1870 zu vergleichen. Die französische Armee hat überhaupt höhere Erkrankungsziffern; auch das Occupationsjahr 1871 bedingte ganz außerordentliche Verhältnisse. Von 1872 an aber sieht man öfter, daß gleichzeitig mit der Zahl der erkrankten Prostituierten auch die der erkrankten Soldaten abnimmt. Aber selbst angenommen, Wolff hätte Recht, so könnte es sich immer noch um ein zufälliges Zusammentreffen handeln. Dafür sprechen die Erfahrungen in anderen deutschen Städten.

In Dresden z. B. sehen wir das Entgegengesetzte, d. h. immer wenn die Zahl der eingeschriebenen Prostituierten und die Zahl der Erkrankten unter ihnen steigt, dann steigt auch die Zahl der erkrankten Soldaten. Ein umgekehrtes Verhältnis findet sich nur zwischen der Zahl der Soldaten und der Zahl der aufgegriffenen Prostituierten (s. die folgende Tabelle).

Statistik zur Prostitutionsfrage in Dresden (zusammengestellt nach Werther).

	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	Durch[schnitt] der 1884—1888
1. Im Stadtkrankenhause wurden aufgenommen geschlechtskranke Männer	318	333	326	392	378	502	Aufhebung d. Bordelle 1. Jan. 90 401	397	342	326	406	14,5 ‰ E. 349
2. Ins Garnisonlazarett zu Dresden wurden aufgenommen geschlechtskranke Soldaten (Prom. der Kopfstärke)	1884—85 59,5	1885—86 56,9	44,5	48,7	53	38	39,7	35,9	40,3	46,4	41,3	52,1
3. Zahl der bei der Sittenpolizei eingeschriebenen Prostituierten am Jahresschluß	467	456	450	453	470 (269)	302	294	259	308	313	331	460
4. Wegen Gewerbsunzucht und liederlichen Umhertreibens von der Polizei aufgegriffene Frauenspersonen	294	232	729	674	687	693	764	953	1059	1092	838	521
5. Geschlechtskranke Prostituierte	210	235	222	246	285	173	131	126	171	242	396	246
6. Davon waren eingeschrieben	190	161	159	153	218	126	82	57	58	97	246	176
7. Davon Aufgegriffene, nicht eingeschrieben	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	70

Daß das zweite Quinquennium günstigere Ziffern sowohl für die Prostituierten als auch für die Garnison aufweist, ist nicht etwa mit der am 1. Januar 1890 erfolgten Aufhebung der Bordelle in Zu-

sammenhang zu bringen; denn diese Aufhebung ist nur eine nominelle. Es besteht in Dresden nach wie vor eine Art von Kasernierung der Prostituierten in sogen. Bordellstraßen. Wenn hier nicht ein zufälliges Zusammentreffen vorliegt, wenn man vielmehr einen inneren Zusammenhang zwischen der Erkrankungsziffer der Soldaten und der Reglementierung der Prostitution annehmen will, so kann der Schluß, den die nebenstehende Tabelle gestattet, nur folgender sein: Weder die Verschärfung der Reglementierung, noch die Verschärfung der Untersuchung der eingeschriebenen Prostituierten vermag die Erkrankungsziffer in der Garnison günstig zu beeinflussen. Es scheint vielmehr, daß in beiden Bevölkerungsschichten die Zahl der venerischen Erkrankungen von gemeinsamen Ursachen beherrscht wird. Aber je mehr Prostituierte von der Polizei auf der Straße gelegentlich aufgegriffen werden und je mehr von ihnen wegen Krankheiten interniert werden, desto günstiger gestalten sich die Gesundheitsverhältnisse in der Garnison. Dieses Resultat würde zu Ungunsten der Einschreibung und zu Gunsten häufig wiederholter gelegentlicher Untersuchungen sprechen.

Auch für Berlin habe ich gezeigt, daß zwischen der Zahl der internierten Prostituierten und der Erkrankungsziffer der übrigen Bevölkerungsschichten keine Gegensätzlichkeit, sondern ein ziemlich genauer Parallelismus besteht. Ist doch in den achtziger und auch in den neunziger Jahren im Verhältnis zur Bevölkerung die Zahl der erkrankten und zwangsweise behandelten Prostituierten gegenüber den sechziger Jahren auf die Hälfte und noch weniger herabgesunken. Die Erkrankungsziffern in der Garnison sind aber infolgedessen nicht gestiegen, sondern haben sich vielmehr fast ebenso sehr vermindert. Ebenso die Geschlechtskrankheiten der Krankenkassenmitglieder, der in den Hospitälern verpflegten Venerischen und, wenn man diese Ziffer als einen Gradmesser für die Verbreitung der Syphilis in der Bevölkerung ansehen will, die Zahl der Totgeburten. Das beweist eine durchgehende Verbesserung in den gesundheitlichen Verhältnissen Berlins, von welcher wohl auch die Prostituierten Nutzen gezogen haben. Wodurch diese allmähliche Gesundung bedingt worden ist, ist schwer zu sagen. Daß es nicht oder doch wenigstens nicht wesentlich die Folge der andauernden Reglementierung ist, dafür spricht, daß gerade in den Jahren, wo die Gesundheitsverhältnisse am günstigsten waren (Mitte der 80er Jahre) die Kontrolle der Prostituierten eine sehr laxe war. Wurden doch z. B. 1884—1885 nur 4,6—9,5 Proz. der venerischen Prostituierten wegen Gonorrhoe interniert!

Zweifellos die beste Kontrolle in Deutschland besitzt Stuttgart, die beste, weil Untersuchung und Behandlung der Prostituierten in einer Hand vereinigt sind, und zwar in der Hand eines Fachmannes, Dr. Hammer, welcher die Untersuchung in exaktester Weise unter häufiger Kontrolle der Gonokokkenbefunde vornimmt und die Ergebnisse seiner Untersuchungen nach der Methode von Sperk auf individuellen Zählkarten gesammelt hat, der ferner infolge der verhältnismäßig geringen Zahl von Prostituierten die Lebensschicksale der meisten unter ihnen lange Zeit hindurch verfolgt und auf diese Weise einen guten Ueberblick über die von ihm erzielten Resultate gewonnen hat. Hammer hat am 1. Juli 1894 die Untersuchung und Behandlung der

Stuttgarter Prostituierten übernommen. Seine Ergebnisse finden sich in folgender Tabelle, die er mir gütigst zur Verfügung gestellt hat:

	1895	1896	1897	1898
Durchschnittlicher Stand der Inskribierten	29	29	27	25
Erkrankt	33 = 114 Proz.	45 = 155 Proz.	37 = 140 Proz.	25 = 96 Proz.
Zahl der untersuchten weiblichen Arretierten	1217	1482	1516	1314
Davon erkrankt	293 = 24 „	351 = 23,7 „	293 = 19,3 „	238 = 18,1 „
	1894—1895	1895—1896	1896—1897	1897—1898
Venerische Erkrankungen in der Garnison Stuttgart	28,2 Prom.	20,9 Prom.	15,8 Prom.	14,9 Prom.

Wie aus dieser Tabelle ersichtlich ist, ist die Zahl der inskribierten Prostituierten verschwindend gering gegenüber derjenigen der gelegentlich Aufgegriffenen, sowohl unter den Untersuchten, als auch unter den Erkrankten und Behandelten. Dieses geht noch deutlicher aus folgender Tabelle, die nur das Jahr 1895 betrifft, hervor.

Von den im Jahre 1895 aufgenommenen weiblichen Kranken litten an:

	Ulcus molle: 25	Syphilis: 159	Gonorrhoe: 236
Freiwillige	3 = 12 Proz.	57 = 35,8 Proz.	25 = 10,6 Proz.
Arretierte	19 = 76 „	100 = 62,9 „	181 = 76,7 „
Inskribierte	3 = 12 „	2 = 1,3 „	39 = 12,7 „

Es litten	an Ulcus molle	an Syphilis	an Gonorrhoe
von den Freiwilligen	4 Proz.	77 Proz.	33,8 Proz.
„ „ Arretierten	6,9 „	36,5 „	66 „
„ „ Inskribierten	9 „	6 „	90,9 „

Unter den Kranken sind also die Eingeschriebenen nur der 9.—10. Teil, und zwar werden sie fast ausschließlich wegen Gonorrhoe behandelt, nur zum geringsten Teil wegen Syphilis. Unter den syphilitischen Prostituierten machen sie nur einen verschwindenden Bruchteil aus **(1,3 Proz.)!** Auch von den Arretierten wurden $^2/_3$ an Gonorrhoe und $^1/_3$ an Syphilis behandelt. Aber dieses eine Drittel war der Zahl nach fünfzigmal so viel als die Inskribierten (100 gegen 2)! Daß von den freiwillig ins Hospital eingetretenen Frauen die große Mehrzahl an Syphilis litt, ist leicht erklärlich, da bei ihnen die Gonokokkenuntersuchung als Grund der Hospitalbehandlung fortfällt.

In der Garnison sind in diesen 4 Jahren die Ziffern der venerischen Krankheiten ungefähr auf die Hälfte herabgesunken, nur sehr unbedeutend für die Gonorrhoe, beträchtlich — nämlich auf den 5. Teil — die Erkrankungen an Ulcus molle und auch ziemlich erheblich — nämlich auf die Hälfte — die Fälle von Syphilis. Wir wissen, wie vorsichtig man bei der Bewertung solcher Zahlen sein muß, namentlich, wo es sich um so kurze Zeiträume handelt. Die Militärstatistik ist, wie Hammer selbst hervorhebt, in Stuttgart nicht sehr zuverlässig, und sie ist gewiß nicht für die gesamte übrige männliche Bevölkerung maßgebend. Will man aber die Abnahme der venerischen Krankheiten nicht als zufällig ansehen und sie mit der von Hammer eingeführten sorgfältigeren Kontrolle in Verbindung bringen, so würde sich wiederum ergeben, daß die Gonorrhoe von derselben am wenigsten oder gar nicht beeinflußt wird, und zweitens, daß es zur Erzielung von Erfolgen nicht notwendig ist, eine Einschreibung der Prostituierten vorzuehmen, sondern daß eine genaue Untersuchung und Behandlung der gelegentlich von der Polizei aufgegriffenen Dirnen mindestens ebenso wirksam, wenn nicht wirksamer ist. Denn das geht aus den Hammer'schen Mitteilungen deutlich hervor: Ob die zwei oder drei Dutzend Eingeschriebenen regelmäßig untersucht und im Erkrankungsfalle interniert werden oder nicht, ist gegenüber der großen Zahl der untersuchten und behandelten Irregulären völlig belanglos. Werden von Eingeschriebenen jährlich doch nur 2 oder 3 an Syphilis behandelt! Die Einschreibung könnte in Stuttgart ganz fortfallen, und die Verhältnisse würden sich nicht im geringsten ändern. Wie bedeutungslos übrigens für die Stadt die dort geübte Einschreibung ist, geht aus der Zusammenstellung hervor, welche Schrank vor kurzem publiziert hat. Danach kommt eine kontrollierte Prostituierte

in Stuttgart	auf	5459	Einwohner*)	in Stockholm	auf	500	Einwohner
„ Brüssel	„	1633	„	„ Madrid	„	495	„
„ Paris	„	909	„	„ Berlin	„	400	„
„ Kopenhagen	„	697	„	„ Breslau	„	365	„
„ Wien	„	613	„				

Soviel ist klar: als Beispiel für die Wirksamkeit der üblichen Reglementierungssysteme kann Stuttgart nicht figurieren; denn die übliche Reglementierung existiert dort nur in verschwindendem Umfange.

Auch die von mir aufgenommene Statistik über die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Kaufleuten Deutschlands läßt einen deutlichen Einfluß der Reglementierung auf die Frequenz der venerischen Krankheiten nicht erkennen, um so weniger, wenn man diese Resultate, wie ich es dort gethan habe, mit den Armeeziffern vergleicht (s. S. 30). Weder findet sich eine genaue Uebereinstimmung beider Zahlengruppen, noch ein besonders starkes Anwachsen der Erkrankungen da, wo die Reglementierung unzureichend ist, noch finden sich niedrigere Ziffern in den Städten, in welchen Bordelle, Bordellstraßen oder andere besonders „wirksame" Ueberwachungssysteme existieren. In einzelnen Städten sind die Erkrankungsziffern auffallend hoch, in anderen auffallend niedrig, ohne

*) Ich habe in dieser Tabelle die Zahlen für Berlin und Stuttgart korrigiert und für Breslau hinzugefügt.

daß es immer möglich wäre, die Ursachen dieser Verschiedenheiten aufzufinden. Eine mehr oder weniger wirksame Reglementierung scheint jedenfalls nicht ausschlaggebend. (In Stuttgart ist die Mitgliederzahl leider so klein, daß die Prozentzahlen bedeutungslos sind).

Das Ueberraschendste aber an dieser Enquete ist, daß sie jahraus jahrein von allen deutschen Städten die höchsten Ziffern für diejenige Stadt aufweist, in welcher die Reglementierung eine sehr strenge (s. d. Tabelle auf voriger Seite), die Untersuchung der Prostituierten eine verhältnismäßig exakte und die Behandlung eine außerordentlich gewissenhafte und gründliche ist. Es ist Breslau, die Stadt, in welcher Neißer und seine Schüler für die Erkennung, Behandlung und Prophylaxe der venerischen Krankheiten seit Jahren eine hervorragende Wirksamkeit entfalten. Es wäre geradezu thöricht, diese schlechten Resultate etwa gar als eine Folge der Reglementierung in Breslau aufzufassen. Aber eines zeigen sie doch immerhin, daß in dieser Stadt ungünstige Bedingungen vorhanden sein müssen, denen alle Bemühungen der Sanitätspolizei, gestützt auf die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft, machtlos gegenüberstehen.

Fasse ich die Resultate meiner Untersuchungen zusammen, so läßt sich das Ergebnis derselben dahin zusammenfassen, daß die statistischen Daten aus den verschiedensten Staaten und Städten Europas mit und ohne Reglementierung keinen deutlichen Einfluß derselben auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der männlichen Bevölkerung erkennen lassen. Eine solche Einwirkung ist hie und da möglich; aber die Veränderungen in der Erkrankungsziffer, welche durch die An- und Abwesenheit der Reglementierung bedingt werden, können fast überall nur so gering sein, daß sie neben den Schwankungen, welche durch andere, wirksamere Faktoren bedingt werden, gar nicht oder nur sehr undeutlich zum Ausdruck gelangen.

Allein durch schlechte Statistiken kann aber dieses negative Ergebnis nicht bedingt sein. Es würde doch von den vielen Ziffern wenigstens die eine oder die andere einen deutlichen, zweifellosen Ausschlag zu Gunsten der üblichen Reglementierungssysteme geben müssen. Und das läßt einen weiteren Schluß zu: Die Resultate der Reglementierung können offenbar in sanitärer Beziehung nur äußerst dürftige sein; keinesfalls entsprechen sie dem Aufwand von polizeilicher und ärztlicher Arbeit, die der Reglementierung gewidmet wird, und dem umfangreichen Beamtenapparat, der heute mit dieser Ueberwachung beschäftigt ist.

C. Mängel der Reglementierung.

Die mangelhaften Erfolge der Reglementierung lassen sich im wesentlichen zurückführen auf:

I. Mängel der Einschreibung,
II. Mängel der Untersuchung,
III. Mängel der Behandlung,
IV. Ungünstige Nebenwirkungen der Reglementierung.

I.

Was die Abolitionisten der Reglementierung vorwerfen und die Anhänger der Reglementierung an ihr bedauern, ist, daß die Einschreibung der Prostituierten sich nur auf einen so geringen Bruchteil erstreckt. Aber könnte die Polizei nicht eine größere Zahl von Prostituierten einschreiben? — Nein!

Sie kann es nicht, weil namentlich in den modernen Riesenstädten diese Mädchen schwer zu fangen sind. — „Die Nürnberger hängen keinen, sie hätten ihn denn zuvor.“

Sie darf es nicht, weil, wie z. B. in Paris, die Gesetzgebung die Einschreibung der Minorennen verbietet, weil oft der Nachweis gewerbsmäßiger Unzucht nicht zu erbringen ist und weil viele Mädchen den geschlechtlichen Verkehr nur als eine gelegentliche und nicht als ausschließliche Erwerbsquelle betrachten.

Sie will es nicht, weil sie von vielen Anfängerinnen der Prostitution hofft, daß sie wieder ein ehrliches Gewerbe ergreifen werden, weil, wo Bordelle existieren, sie die Gelegenheit zur geschlechtlichen Ausschweifung zu vermehren fürchtet, oder sie will nicht, weil ihr die ungeheuren Mittel, das Beamtenheer, die Aerzte und die Krankenhausplätze fehlen, um eine solche Riesenarmee von Prostituierten hinreichend zu überwachen.

In Berlin wird nur der 5. Teil der aufgegriffenen Mädchen unter Kontrolle gestellt; $^4/_5$ werden, wie die folgenden Zahlen ergeben, wieder entlassen:

	1889	1890	1891
Neu unter Kontrolle gestellt:	610	735	792
Verwarnt und entlassen:	2580	2802	3227

Nun sahen wir aber, daß gerade die Anfängerinnen der Prostitution, diese Irregulären, welche in die Dirnenliste einzutragen die Polizei mit Recht Bedenken trägt, bei weitem die gefährlichsten sind, während das Gros der Eingeschriebenen nach kurzer Zeit relativ ungefährlich wird, ungefährlich wenigtens, soweit die Syphilis in Frage kommt, deren infektiöses Stadium sie gewöhnlich vor der Einschreibung oder kurz nach derselben durchmachen, während die Gonorrhoe, welche die Anfängerinnen fast durchweg befällt, seltener zwar, aber doch noch oft genug selbst von den Veteraninnen der Prostitution erworben werden kann, dafür aber auch bei der Untersuchung oft unerkannt und bei der Behandlung oft ungeheilt bleibt.

Und es zeigt sich ferner, daß überall da, wo die Polizei den Versuch macht, eine größere Zahl von Prostituierten einzuschreiben,

die Zahl der aus der Kontrolle Verschwindenden sofort — und zwar immer im Verhältnis zur Strenge der Polizei — anwächst.

Charakteristisch ist folgende von Fiaux in Brüssel produzierte offizielle Statistik aus Paris:

Jahr	Eingeschriebene		Verschwundene	Wiederaufgegriffene	Eingeschriebene bei der regelmäßigen Visite für krank befunden		Eingeschriebene nach der Wiederergreifung untersucht u. krank befunden	
	Einzelwohnende	Bordelldirnen			syphilitisch	venerisch	syphilitisch	venerisch
1887	3755	926	2503	1606	117	297	136	241
1888	3819	772	1779	1491	67	149	152	290
1889	4260	691	2125	1309	76	159	199	350
1890	4107	663	1551	1234	81	176	139	277
1891	4333	682	1450	821	61	161	142	237
1892	4405	596	1436	869	78	177	123	204
1893	4255	540	1121	839	72	177	111	198
1894	4574	580	794	616	59	119	230	405

Es verschwanden also in einzelnen Jahren über 50 Proz. der Eingeschriebenen und entzogen sich somit der sitten- als auch der sanitätspolizeilichen Kontrolle.

Die obige Tabelle läßt aber auch gleichzeitig erkennen, warum diese Mädchen verschwinden. Es zeigte sich nämlich bei denjenigen, die auf der Flucht aufgegriffen und wieder eingeschrieben wurden, ein ganz enormer Prozentsatz von Kranken. So waren z. B. 1894 weit über die Hälfte der wieder Aufgegriffenen krank, während unter den regelmäßig zur Visite Kommenden erst auf 43 untersuchte Prostituierte eine Kranke kam. Das heißt mit anderen Worten, sobald eine Prostituierte sich krank fühlt, geht sie nicht zur Visite; erst wenn sie zufällig wieder aufgegriffen wird, kommt ihre Krankheit zum Vorschein. Wie wenig ergiebig — verhältnismäßig wenigstens — die reguläre Visite der Eingeschriebenen gegenüber der Untersuchung der Aufgegriffenen in gesundheitlicher Beziehung ist, ergiebt auch die auf Seite 59 abgedruckte Zusammenstellung aus Berlin. Aus derselben geht hervor, daß bei den Aufgegriffenen auf 1000 Untersuchungeu 167 Kranke, bei der regulären Visite der Eingeschriebenen auf 1000 Untersuchungen nur 11 Kranke kamen.

Darin einen Erfolg der Kontrolle zu sehen, wie es oft genug geschieht, wäre sehr kurzsichtig. Diese Zahlen beweisen nur, was wir eben behauptet haben, daß die Reglementierung nicht die gefährlichste Gruppe der Prostitution trifft.

Daß die Zahl der Eingeschriebenen im Verhältnis zur Zahl der wirklich gewerbsmäßigen Prostituierten sehr gering ist, hat noch einen anderen Grund als in der Fernhaltung der Anfängerinnen von der Kontrolle. Stillschweigend von derselben ausgeschlossen ist auch der größte Teil der in hygienischer Beziehung gewiß nicht einwandfreien eleganten Prostitution, die unter den verschiedensten Verkleidungen einen Hauptreiz des großstädtischen Lebens und Treibens darstellt, ganz zu geschweigen von der vornehmen Demimonde, die für die Polizei ein Noli me tangere darstellt. Das Gros der Untersuchten wird fast überall von den armseligen und armseligsten Pflastertreterinnen gebildet, nicht selten von den schmutzigsten und zerlumptesten Pierreuses, die dann oft Decennien hindurch Jahr für Jahr,

Woche für Woche stumpfsinnig ihren gewohnten Gang zur Untersuchung gehen. Auch hier gilt das Wort König Lear's:

„Du schuftiger Büttel, weg die blutige Hand!
Was geißelst Du die Hure? Peitsch' Dich selbst! . . .
Zerlumptes Kleid bringt kleinen Fehl' ans Licht,
Talar und Pelz birgt alles. Hüll in Gold die Sünde,
Und harmlos bricht der starke Speer des Rechts; —
In Lumpen — des Pygmäen Halm durchbohrt sie."

Es erscheint wunderbar, warum die Polizei sich nicht mit der in sanitärer Beziehung so sehr viel ergiebigeren Untersuchung der Aufgegriffenen begnügt, da doch die regelmäßige Kontrolle, namentlich der älteren Jahrgänge der Prostituierten eine unnütze Zeitverschwendung darstellt. Man würde sich aber irren, wenn man glaubte, daß hier nur ein Schlendrian, eine Gewöhnung an eine alte, liebgewordene bureaukratische Maßnahme vorliegt; das ist nicht der Grund, weswegen die Polizei mit einer solchen Zähigkeit an der Reglementierung und an der Kontrolle festhält. Sie hat aus Gründen, die mit der Hygiene nichts zu thun haben, ein sehr großes Interesse, gerade diese Gruppe der berufsmäßigen Dirnen unter beständiger polizeilicher Bewachung zu halten. Das sind die Mädchen, welche im intimen Konnex zur Verbrecherwelt stehen, die Freundinnen der Zuhälter, Diebe und Einbrecher, oft genug selber gefährliche Diebinnen. Niemand wird der Polizei das Recht zu einer Ueberwachung dieser sicherlich gefährlichen Menschenklasse bestreiten wollen. Aber es unterliegt keinem Zweifel, daß diese kriminalpolizeilichen Rücksichten, die den thatsächlichen Grund für die bestehende Reglementierung ausmachen, einer wirksamen sanitätspolizeilichen Ueberwachung hindernd im Wege stehen.

II.

Ist nun schon die Zahl der Eingeschriebenen und regelmäßig kontrollierten Prostituierten im Verhältnis zu der Gesamtzahl, namentlich der gefährlichen Prostituierten, eine so geringe, so erleidet die Wirksamkeit der Kontrolle weitere Einbuße durch die unzureichende Untersuchung, wie sie heute fast allgemein üblich ist. Ich will hier kurz nur die wesentlichsten Mängel aufführen:

1) Die Untersuchung wird fast überall zu selten vorgenommen.

In Berlin soll dieselbe wöchentlich einmal stattfinden, doch kommen thatsächlich jährlich nur 26 Untersuchungen auf eine Prostituierte. Auch an anderen Orten ist die Zahl der wirklichen Untersuchungen lange nicht so groß, wie die Vorschrift erheischt. In Paris werden die einzelwohnenden Prostituierten überhaupt nur alle 14 Tage untersucht. Daß innerhalb so großer Zwischenräume noch zahlreiche Infektionen durch die Prostituierten verursacht werden können, liegt auf der Hand.

2) Die für die Untersuchung bemessene Zeitdauer ist zu gering.

So entfielen 1891 in Berlin 31 Untersuchungen auf eine Stunde, also durchschnittlich auf jede Untersuchung 2 Minuten.

Die Untersuchung dauerte durchschnittlich in:

Paris	$1^1/_2$ Minuten	Berlin 2 Minuten
Budapest	2 „	Petersburg 3 „
Bordeaux	2 „	

Auch wird meist von einer Untersuchung des Rumpfes und der Extremitäten Abstand genommen. Die Kürze und Flüchtigkeit der Untersuchung ist auch darauf zurückzuführen, daß fast überall die Zahl der Untersuchungsärzte viel zu gering bemessen ist.

Es kommen in:

Lyon	7	Aerzte	auf	900	Prostituierte
Marseille	8	„	„	700	„
Budapest	14	„	„	1100	„
Petersburg	11	„	„	3000	„
Paris	23	„	„	4500	„
Berlin	12	„	„	4500	„

3) Die Untersuchung wird an den meisten Orten Aerzten anvertraut, welche keine spezialistische Vorbildung genossen haben. Die Stellen der Untersuchungsärzte werden ohne Prüfung ihrer Fähigkeiten auf Grund persönlicher Konnexionen und Empfehlungen an beliebige, mit dem Fach nicht vertraute und ungenügend oder gar nicht vorgebildete praktische Aerzte vergeben, während doch gerade die Kürze der Untersuchung sehr routinierte Beobachter erheischt.

4) Die Untersuchungslokale sind oft die denkbar ungünstigsten. Nicht nur, daß die Untersuchungen vielfach in den Wohnungen der Prostituierten, der Aerzte oder in den Bordellen vorgenommen werden, selbst da, wo dieselben in besonderen Lokalitäten (auf der Polizei u. s. w.) stattfinden, sind die Räume meist unzweckmäßig, zu eng, schlecht erleuchtet u. s. w., genügende Assistenz ist nicht vorhanden, oft fehlen alle Hilfsmittel der einfachsten Antisepsis, kurz, es fehlen alle Vorbedingungen einer exakten, wissenschaftlichen Untersuchung.

5) Die Prinzipien, auf denen die Untersuchung sich aufbaut, sind in den meisten Orten völlig verfehlte. Es werden Alte und Junge, frisch Syphilitische, die eben aus dem Krankenhaus entlassen sind, Mädchen, die längst im Immunitätsstadium der Syphilis sich befinden, solche, die überhaupt noch nicht infiziert waren, chronisch Gonorrhoische u. s. w., alle unterschiedslos gleich häufig untersucht. Der Untersuchungsarzt, der nur in kleineren Städten gleichzeitig der behandelnde Arzt ist, in großen Städten aber von der Vorgeschichte der ihm Vorgeführten keine Ahnung hat, bekommt nur ein Momentbild zu sehen, das bei seiner Unvollkommenheit oft genug trügerisch sein muß. Eine Individualisierung bei der Untersuchung ist auf diese Weise unmöglich, wie denn überhaupt der ganze Akt nicht den Charakter einer wissenschaftlich-ärztlichen Untersuchung, sondern den einer polizeilichen Visitation trägt.

Für die Gonorrhoe vollends sind mit der Entdeckung des Gonococcus und seiner ätiologischen Bedeutung für den gonorrhoischen Prozeß die Grundlagen der Kontrolluntersuchung völlig erschüttert worden. Die Frage, nach welchen Gesichtspunkten eine Gonorrhoe als infektionsverdächtig gelten soll, ja die bloße Frage, ob in einem gegebenen Falle

überhaupt eine Gonorrhoe vorliegt oder nicht, ist heute mehr denn je strittig. Während die Untersuchungsärzte sich früher (und zum Teil heute noch) einfach von dem ungefähren klinischen Anblick, von der Quantität und der Qualität des Sekretes leiten ließen, besteht heute in der Theorie zwar gar kein Zweifel darüber, daß ein entscheidendes Urteil über die Kontagiosität eines Falles nur durch die Anwesenheit von Gonokokken gegeben werden kann, für die Praxis aber ist es in hohem Grade zweifelhaft, ob die Untersuchung auf Gonokokken neben der klinischen Untersuchung notwendig, empfehlenswert oder überhaupt durchführbar ist. Aus einer großen Zahl von Statistiken aus verschiedenen Orten gelangt Jadassohn zu dem Schluß, daß in jedem Augenblik mindestens 30—40 Proz. der gewerbsmäßigen Prostituierten Gonokokken aufweisen, und daß erst, wenn die Untersuchung auf Gonokokken längere Zeit systematisch geübt wird, dieser Prozentsatz allmählich herabsinkt, In Wirklichkeit aber erreicht die Zahl der wegen Gonorrhoe dem Krankenhause überwiesenen Prostituierten nirgend auch nur annähernd diese Höhe. In Berlin fand man

1884	bei	1873	Untersuchungen
1885	„	888	„
1886	„	878	„
1887	„	238	„
1888	„	168	„
1889	„	200	„

erst je einen Fall von Gonorrhoe, in den folgenden Jahren fiel die Zahl der Gonorrhöen noch weiter. Während also in jedem Augenblick von 3 Prostituierten eine Gonorrhoe aufweisen mußte, fand man 1889 erst bei der 200. Untersuchung eine Gonorrhoe, welche der Krankenhausbehandlung bedürftig schien, d. h. man konstatierte einen Fall von Gonorrhoe, während 66 hätten konstatiert werden müssen. Im Jahre 1884 wurde danach von 624 tripperkranken Prostituierten nur eine wegen ihres Trippers eingesperrt. Difficile satiram non scribere!

III.

Können nun wenigstens alle bei der Untersuchung als krank zurückbehaltenen Prostituierten so behandelt werden, daß sie nach ihrer Entlassung als vollkommen geheilt gelten können? Für das Ulcus molle und dessen Komplikationen läßt sich diese Frage wohl bejahen; anders liegt es bei der Syphilis und der Gonorrhoe.

Daß eine syphilitische Prostituierte durch eine einmalige oder selbst durch eine wiederholte Kur nicht definitiv von ihrer Krankheit befreit wird, daß sie zwischen zwei Kuren erkranken und infizieren kann, daß solche Recidive ferner ganz kurze Zeit nach Beendigung einer Kur auftreten können, ist eine Thatsache, welche den Wert der Behandlung für die öffentliche Prophylaxe wesentlich herabzumindern geeignet ist. Aber es giebt Autoren, die noch viel weiter gehen.

Finger, welcher die Kontagiosität nicht nur des Blutes (also auch des Menstrualblutes), sondern auch der physiologischen und pathologischen, aber nicht syphilitischen Sekrete Luetischer als Regel aufstellt, erachtet infolgedessen die scharfe Trennung zwischen dem kontagiösen und nicht kontagiösen (Latenz-) Stadium der Syphilis für

unzutreffend und weist zur Bekräftigung seiner Anschauung darauf hin, daß latent syphilitische, von Kontrollärzten als gesund bezeichnete, und zur Ausübung ihres Gewerbes wieder zugelassene Prostituierte nicht selten die Syphilis weiter verbreitet haben. Finger steht ganz folgerichtig auf dem Standpunkt, jedes Individuum, ob es nun zufällig sichtbare Symptome der Syphilis hat oder nicht, die ersten 2—3 Jahre nach der Infektion für syphilitisch, d. h. für gefährlich zu erklären.

Wer diese Auffassung teilt, dem muß das heutige Verfahren nicht nur als ungenügend, sondern direkt als Farce erscheinen. Und wiederum ganz folgerichtig gelangt denn auch Finger und mit ihm andere zu der Forderung, die syphilitischen Prostituierten während der ganzen Dauer ihrer Ansteckungsfähigkeit zu internieren, ein Vorschlag, über dessen Ausführbarkeit ich weiter unten mich noch äußern werde.

Ich stehe nicht auf dem Finger'schen Standpunkt. Gewiß mögen hier und da Infektionen auch durch latent Syphilitische vermittelt werden, wir wollen es dahingestellt sein lassen, ob durch leichte, nicht nachweisbare syphilitische Produkte oder durch andere, physiologische oder pathologische, aber nicht syphilitische Sekrete. Aber die Zahl der so zustande gekommenen Infektionen ist im Vergleich mit der Zahl der durch wirklich syphilitische Sekrete verursachten überaus gering; die Fälle hingegen, in welchen ein Syphilitischer bei monate- und jahrelangem intimen Verkehr seine Krankheit nicht übertrug, während er, als sich neue oberflächliche Krankheitssymptome zeigten, sofort infizierte, sind so sehr die Regel, daß ich es nicht für angängig halte, die Kontagiosität der latenten Syphilis mit der der floriden auf eine Stufe zu stellen.

Aber selbst von diesem meinem Standpunkt aus scheint mir an vielen Orten die heute geübte Behandlung ungenügend, und der Vorwurf, den ihr die Abolitionisten machen, daß die ganze Behandlung nur auf ein „blanchissement" gerichtet sei, zutreffend. Die geringe Bettenzahl zwingt eben meist dazu, die Prostituierten zu entlassen und mit der Behandlung aufzuhören in dem Augenblick, wo die kontagiösen Krankheitsprodukte knapp überhäutet sind, eine wirkliche Ausheilung aber noch gar nicht stattgefunden hat. Betrug doch die Behandlungsdauer der Syphilitischen, für welche in Paris durchschnittlich 60—90, in Petersburg und Kopenhagen 42 Tage notwendig waren, in Wien 1895 22,3, 1896 durchschnittlich nur 21,1 Tage! Unter diesen Umständen ist es keine Seltenheit, daß eine Prostituierte schon bei der ersten Untersuchung nach der Entlassung aus dem Krankenhause wieder, wie ich es selbst gesehen habe, nässende Kondylome aufweist, und es wird wohl ebenso häufig vorkommen, daß solche Mädchen, des Krankenhauses nunmehr überdrüssig, mit derartigen Krankheitserscheinungen sich der Kontrolle gänzlich entziehen.

Noch schlimmer steht die Sache bei der Gonorrhoe. Hier betrug die Behandlungsdauer in

Paris	69 Tage		Warschau	16—17 Tage
Petersburg	32 „		Dresden	26—33 „
Kopenhagen	24—32 „		Wien	17—21 „

Daraus geht schon hervor, von wie verschiedenen Gesichtspunkten sich die behandelnden Aerzte bei der Entlassung der Gonorrhoischen

leiten lassen müssen. Für den einen gilt das Abklingen der klinischen Symptome, das Nachlassen der Sekretion, für den anderen das einmalige, für den dritten erst das wiederholte Fehlen von Gonokokken im Sekrete als Kriterium der erfolgten Heilung.

Definitiv geheilt wird, wie allseitig zugegeben wird, nur ein verhältnismäßig kleiner Bruchteil, während diesem ein anderer, nicht unerheblicher Bruchteil von solchen gegenübersteht, welcher als ungeheilt und innerhalb dessen, was sich mit einem mehrmonatlichen Krankenhausaufenthalt erzielen läßt, auch als definitiv unheilbar wieder dem Prostitutionsgewerbe zurückgegeben werden muß. Das Gros der Fälle wird mangels sicherer Kriterien entlassen, ohne daß man sicher weiß, ob die Gonorrhoe geheilt ist oder nicht; und selbst da, wo die Untersuchung exakt gehandhabt wird, kehren die Prostituierten nach kürzerer oder längerer Zeit wieder ins Krankenhaus mit Gonokokken zurück, ohne daß man entscheiden könnte, ob ein Recidiv oder eine neue Erkrankung vorliegt — oder sie zeigen beständig einen chronischen Ausfluß, bei dem erst genauere, längere Zeit fortgesetzte Beobachtungen (oft auch solche nicht einmal) etwas über ihren kontagiösen Charakter entscheiden können. Am ratlosesten freilich stehen die Aerzte den ganz hartnäckigen Fällen gegenüber. Hier bemerkt Hammer zutreffend: „Die Rolle, die der Polizei- und Spitalarzt diesen Fällen gegenüber spielt, in denen die Exaktheit der mikroskopischen Untersuchungsmethode fast zur Last wird, ist eine recht traurige; denn es fragt sich, mit welchem Recht sperrt man eigentlich diese Kranken ein, wenn man sie doch nicht heilen kann und was soll man überhaupt mit ihnen anfangen? Diese Personen aber monatelang auf einer Prostituiertenabteilung festzuhalten, hier moralisch ganz und gar verkommen zu lassen und dann schließlich doch nicht zu heilen, ist eine Grausamkeit, die ganz außer Verhältnis zu dem steht, was man damit erreichen will und kann."

Zugegeben, es wird nur ein Bruchteil der Prostituierten eingefangen, nur ein Bruchteil der Kranken ausfindig gemacht und behandelt, und nur ein Bruchteil der Behandelten geheilt, so muß offenbar ein gewisser Vorteil schon darin liegen, daß die Internierten selbst während der Dauer ihres Krankenhausaufenthalts ihre Krankheit nicht weiter verbreiten können; schon dadurch, daß tagtäglich so und so viel kranke Prostituierten dem Verkehr entzogen werden, wird eine bestimmte Anzahl von Ansteckungen vermieden. Dieses Argument zu Gunsten der Reglementierung, welches ich selbst in meinem Buche „Syphilis und Prostitution" ins Feld geführt habe, und welches später von Butte und Commenge adoptiert worden ist, ist aber auch nur mit Einschränkungen zutreffend. Bei gleichbleibendem Bedürfnis nach Prostitution tritt an Stelle jeder Internierten eine neue Prostituierte, und wenn in einer Stadt von den vorhandenen Prostituierten immer der 10. Teil im Krankenhause sich aufhält, so ist eben, um das Bedürfnis zu decken, welches durch — sagen wir — 900 Prostituierte befriedigt wird, ein steter Bestand von 1000 erforderlich; der Nominalstärke von 1000 entspricht eine Effektivstärke von 900. Nun kann man ja annehmen, daß der Ersatz gesünder ist, als die Internierten,

sodaß durch die Eliminierung des gefährlichsten Bruchteils die Gesamtmischung an Gefährlickeit etwas verliert. Das trifft aber nur so lange zu, als wirklich hochvirulente Fälle interniert werden. Da, wo man z. B. auch die chronischen Gonorrhöen und die pseudovenerischen Affektionen als Anlaß für eine Spitalbehandlung ansieht, würde an die Stelle dieser gar nicht oder nur wenig Infektiösen, vielleicht aber gegen Syphilis Immunen noch frisches, jeder Infektion leicht zugängiges Material treten, der Gewinn somit ein höchst illusorischer sein.

Aber gerade dahin geht ja heute die Tendenz, auch die chronischen Gonorrhöen zum Gegenstande der Spitalbehandlung zu machen. Je größer aber der Anteil der im Spital internierten Prostituierten wird, desto mehr füllen sich die Lücken mit jungem Nachwuchs, der der Reservearmee der Gelegenheitsprostitution entnommen wird.

IV.

Aber der durch die Internierung der erkrankten Prostituierten etwa gewonnene Vorteil erleidet eine weitere Einbuße durch gewisse ungünstige Nebenwirkungen der Reglementierung.

Ob, wie die Abolitionisten meinen, das Vorhandensein einer Reglementierung an und für sich schon eine Verlockung zu geschlechtlichen Ausschweifungen abgiebt, weil sie diese als erlaubt darstellt und den Wahn von der Ungefährlichkeit der offiziellen Prostitution erzeugt, scheint mir mehr als zweifelhaft. Gewiß mag für den Einzelnen hier und da die Verführung, die Gelegenheit ein schlummerndes Bedürfnis wecken, für die Gesamtheit und für die Dauer trifft das aber nicht zu. Der landläufige Abolitionismus geht eben von der unzutreffenden Fiktion aus, daß ohne die Reglementierung die Prostitution fortfallen würde. Die Prostitution aber besteht überall, mit oder ohne Reglementierung; und der Umfang, in welchem die männliche Bevölkerung eines Landes von derselben Gebrauch macht, wird weniger durch die An- oder Abwesenheit derartiger Einrichtungen bedingt, als vielmehr durch die ökonomischen und sozialen Existenzbedingungen dieser Bevölkerung, durch Tradition und Sitte, durch das intellektuelle und ethische Niveau, welches das gesamte Volk und die männliche Jugend eines Landes insbesondere einnimmt.

Doch einen anderen Nachteil bringt die Reglementierung zweifellos mit sich: ihre Verquickung mit der Sittenpolizei und deren Härten hat zur Folge, daß die zahlreichen, nicht unter Kontrolle stehenden venerisch erkrankten Mädchen — Prostituierte und nicht Prostituierte — sich mit großer Aengstlichkeit der Krankenhausbehandlung entziehen, aus Furcht, ihre Krankheit könne offenbar werden und sie selbst der Sittenpolizei in die Hände fallen. Mir sind zahlreiche Fälle bekannt, wo auf diese Weise eine Verheimlichung und Verschleppung der Krankheit zustande gekommen ist; wie berechtigt diese Furcht ist, geht schon daraus hervor, daß bis vor kurzem alle venerisch erkrankten weiblichen Personen, welche nicht völlig geheilt die Charité verließen, von der Charitéverwaltung der Polizei namhaft gemacht wurden. Und das Entsetzen vor der Sittenpolizei, welches ein solches Mädchen von Schlupfwinkel zu Schlupfwinkel treibt und manchmal zu den verzweifeltsten Schritten drängt, ist nur zu berechtigt. Denn es weiß,

daß die Einschreibung es mit einem Federzuge für immer mit unauslöschlicher Schande bedeckt, weit mehr als der leichtsinnige Lebenswandel, den das Mädchen eine Zeit lang geführt hat, es für sich ja allein vermocht hätte; daß mit der Einschreibung sich eine unüberbrückbare Kluft zwischen ihr und der anständigen bürgerlichen Gesellschaft aufthut. Das ganze System, mit seinen oft ganz unsinnigen, meist undurchführbaren und nur auf dem Papier stehenden Ge- und Verboten, liefert sie jeden Moment der Willkür des ersten besten Geheimpolizisten aus und treibt sie mit Naturnotwendigkeit in die Arme eine Beschützers, des Zuhälters; welche Rolle aber der Zuhälter für die Verbreitung der venerischen Krankheiten spielt, ist nur zu bekannt.

Die sittenpolizeiliche Reglementierung hat aber noch eine andere eigentümliche Nebenwirkung, welche deutlich zu Tage tritt, wenn man die Zahl der jährlichen Sistierungen durchmustert. Es wurden verhaftet

	in Paris	in Berlin
1897	35 625	25 642
1898	32 122	19 827
	davon krank	1 998
	davon dem Richter vorgeführt	13 591,

die zum größten Teil wegen oft ganz lächerlicher Geringfügigkeiten zu kürzeren oder längeren Haftstrafen verurteilt wurden. Es wurden also etwa 2000 Kranke und 13 600 Gesunde interniert, der Vorteil somit, den die Internierung von 2000 kranken Prostituierten etwa haben konnte, ist durch die gleichzeitige Internierung der 6-fachen Menge gesunder Prostituierter völlig illusorisch gemacht worden.

Ich habe, dem Rahmen dieses Buches entsprechend, bei all meinen Aeußerungen die soziale Seite der ganzen Reglementierungsfrage gar nicht berührt und mich auf eine völlig objektive Erörterung der Frage nach der Zweckmäßigkeit in rein gesundheitlicher Beziehung beschränkt. Aber es ist zweifellos, daß alle die Bedenken rechtlicher, sozialer und ethischer Natur, welche von den verschiedensten Parteirichtungen aus gegen die Reglementierung geltend gemacht werden, in dem Augenblick ein um so größeres Gewicht erlangen, wo die sanitären Erfolge derselben sich als so überaus winzig oder gar als fraglich herausstellen.

Und es ist ebenso zweifellos, daß neben den rein hygienischen Bedenken es gerade Erwägungen dieser Natur sind, welche Juristen und Mediziner, Philanthropen und Politiker sich immer wieder von neuem mit Projekten zur „Regelung“ der Prostitution abmühen lassen.

D. Die Assanierung der Prostitution.

Die Frage, auf welche Weise eine bessere und wirksamere gesundheitliche Ueberwachung der Prostitution zu ermöglichen ist, ob und wie weit die heutige Reglementierung verbesserungsbedürftig und verbesserungsfähig, oder ob die Reglementierung überhaupt völlig zu verwerfen ist, läßt sich erst beantworten, nachdem man sich darüber klar geworden ist, wie man sich der Prostitution gegenüber überhaupt zu stellen hat, ob man, wie dies z. B. in Finnland geschieht, überhaupt den außerehelichen Geschlechtsverkehr zwischen beiden Geschlechtern als ein strafbares Vergehen betrachten will, oder nur die gewerbsmäßige Unzucht gegen Entgelt und zwar nur von seiten der Frau, oder ob man die Prostitution als solche für etwas Unvermeidliches betrachten und nur ihre Auswüchse beschneiden will. Wer, wie der Verfasser, auf dem Standpunkt steht, daß die Prostitution nicht nur eine unvermeidliche, sondern eine gesellschaftlich notwendige Erscheinung ist, kann natürlich weder die Prostitution, noch die Prostituierten bestrafen wollen. Wer aber den Markt und den Handel gelten läßt, muß auch die Möglichkeit von Angebot und Nachfrage offen lassen, und die Aufgabe der Staatsgewalt scheint mir, nur da einzugreifen, wo dieser Handel Formen annimmt, welche eine zweifellose Schädigung des Gemeinwohls bedeuten. Den bisherigen Maßnahmen haftete stets der mehr oder minder ausgesprochene Nebenzweck an, nicht nur diese Formen, sondern auch die Prostitution selbst zu unterdrücken. Daß das eine Unmöglichkeit ist, brauche ich hier nicht besonders auszuführen.

Gewiß würde schon durch eine Einschränkung der Prostitution überhaupt auch eine Einschränkung der venerischen Krankheiten erzielt werden. Doch eine Minderung der Prostitution wird nicht bedingt durch eine Herabminderung der Zahl der offiziellen Prostituierten, ja nicht einmal durch eine Herabminderung der Zahl der wirklich gewerbsmäßigen Prostituierten, sondern nur dadurch, daß man gleichzeitig Angebot und Nachfrage nach Prostitution verringert. Und das wird nicht durch irgendwelche Polizeimaßnahmen erreicht, sondern durch Einrichtungen, die auf ganz anderen Gebieten liegen. Wenn es gelingt, das Volk konsumfähiger zu machen, seinen standard of life dauernd zu heben und dadurch das durchschnittliche Heiratsalter herabzusetzen, die wirtschaftliche Stellung der Frau zu bessern und damit auch eine höhere Wertschätzung des Weibes zu ermöglichen, so ist die Hauptsache gethan. Ein wirksamer Arbeiter- (und Arbeiterinnen-)Schutz, die Gewährung freien Koalitionsrechts, Schutz der illegitimen Kinder, die Schaffung besserer Wohnungen für Verheiratete und Unverheiratete, die Bekämpfung des Alkoholismus, die Veredelung der Volkssitten durch Verkürzung der Arbeitszeit und Verlängerung und Veredelung der Mußestunden, die Gründung von Lesehallen, von Volksbühnen, die Begünstigung des körperlichen Sports, diese und Tausende von ähnlichen Maßnahmen, welche geeignet sind, das materielle und ethische Niveau des Volkslebens in gleicher Weise zu heben, sie sind imstande, das Bedürfnis und das Angebot von Prostitution herabzumindern. Auf diese Dinge hindeuten genügt aber, um zu zeigen, wie weit ab von einer wirklichen Bekämpfung der Prostitution die Bestrebungen liegen, die heute diesen Namen führen.

Selbst an und für sich löbliche Bestrebungen, wie z. B. die auf Unterdrückung des schamlosen Mädchenhandels gerichteten Maßnahmen, die Einrichtungen, welche dazu bestimmt sind, die Prostituierten wieder zu einem ehrlichen Lebenswandel zurückzuführen, treffen nicht den Kernpunkt der Frage. Für ein „gerettetes“ Opfer tritt sofort ein neues als Ersatz ein. Wie bei jeder Ware wird auch bei der Prostitution die Größe des „Umsatzes“, der Umfang des Marktes im wesentlichen durch den Bedarf bestimmt; wo die Prostitution in einer Form unterdrückt wird, tritt sie in anderen Formen wieder auf; wo nicht genug Material vorhanden ist, wird von außen her solches beschafft; kurz, wenn nicht gleichmäßig das Bedürfnis nach Prostitution vermindert wird, können auch die auf eine Verminderung des Angebots von Prostitution, des Zuströmens zur Prostitution gerichteten Bestrebungen keinen Erfolg haben. Auf alle diese Dinge aber näher einzugehen, ist hier nicht am Platze. Wir müssen schon die Prostitution als eine gegebene Größe annehmen und wollen uns nur die Frage vorlegen, wie wir sie, so beschaffen und so umfangreich wie sie nun einmal ist, assanieren können.

Da muß man sich nun von vornherein keinen Illusionen hingeben. Eine vollkommene Assanierung der Prostitution ist heute und auf absehbare Zeit völlig unmöglich. Wir haben einmal gesehen, daß es nicht gelingt und in unseren modernen Riesenstädten auch nicht gelingen kann, aller Prostituierten habhaft zu werden oder gar dieselben unter dauernder Kontrolle zu halten, daß ferner die Geschlechtskrankheiten lang andauernde Krankheiten sind, die leicht recidivieren, die nicht immer leicht zu erkennen und oft schwer, manchmal gar nicht zu heilen sind — und es ist hier noch zu betonen, daß, da nicht gleichzeitig die Männer überwacht werden, die Prostituierten immer wieder von neuem infiziert werden. An alledem ist in absehbarer Zeit nichts zu ändern, und man kann von allen zu ergreifenden Maßnahmen besten Falls nur eine Verminderung der Geschlechtskrankheiten erwarten. Wenn ich nicht alles erreichen kann, so erreiche ich doch wenigstens etwas, „un peu de bien“, wie Fournier sagt. Aber wie, wenn bei dem heutigen Verfahren dieses Gute nun selber so winzig ist, daß man auf anderem Wege sehr viel mehr erzielte, wie, wenn man dafür auf der anderen Seite Böses eintauschte, reichlich genug, um dieses wenige Gute zu paralysieren und zu kompensieren? Um diese Fragen kommt man nicht herum, wenn man furchtlos, ohne jede Rücksicht auf herrschende Ansichten, auf alte Vorurteile und auf Interessen, die weitab von denen der öffentlichen Gesundheitspflege liegen, an eine ernsthafte Kritik der üblichen Kontrollsysteme herangehen will. Daß hier nur gründliche Aenderungen helfen können, haben denn auch fast alle, die sich eingehend mit diesem Gegenstand befaßt haben, eingesehen; und die Zahl der Verbesserungsvorschläge, die Zahl der Systeme, welche an Stelle der heute üblichen Reglementierung von den verschiedensten Seiten erdacht und publiziert worden sind, ist eine nicht geringe. Fast allen diesen Projekten ist aber gemeinsam, daß sie unter völliger Außerachtlassung der realen Verhältnisse einen nirgendwo in der Welt realisierbaren Idealzustand konstruieren. Es sind Träumereien und Utopien, die, mögen sie in sich selbst manchmal einer gewissen Folgerichtigkeit des Aufbaues auch nicht entbehren, doch immer an einem sehr wesentlichen Punkte scheitern würden, gewöhnlich schon daran,

daß sich niemals und nirgendwo ein Staatsmann oder eine herrschende Partei zu ihrer Realisierung bereit finden würde. Es ist selbstverständlich nicht möglich, hier auf alle diese Projekte einzugehen; nur einige wenige Typen derselben will ich hier kurz hervorheben.

Namentlich unter den Aerzten giebt es nicht wenige, welche sich gern Idealzustände ausmalen, wo man aller Prostituierten habhaft wird, wo man sie während der ganzen Dauer ihrer Krankheit isoliert und womöglich die gesamte Klientel der Prostituierten untersuchen kann; am beliebtesten ist das Zukunftsbild der zwangsweisen Kasernierung der Prostitution von Staatswegen, die sogenannten Zwangs- oder Staatsbordelle. Ich kann diesen Punkt — der in der Erörterung der Prostitutionsfrage gewöhnlich einen breiten Raum einnimmt — ziemlich kurz erledigen: Alles, was von der heutigen Reglementierung gesagt ist, gilt in noch höherem Maße von den Bordellen. „Die" Prostitution wird man ebenso wenig je kasernieren wie reglementieren können, sondern immer nur einige Prostituierte. Sieht man von der Zwangskasernierung zunächst ab, so kommen in Betracht nur einmal diejenigen Mädchen, die freiwillig in die Bordelle gehen, ein andermal die, welche durch List, Mädchenhandel, Vorspiegelung falscher Thatsachen dorthin gelockt und ebenso dort gehalten werden. Ob dieser letzte Rekrutierungsmodus von den Anhängern der Bordelle so sehr befürwortet wird, weiß ich nicht; freiwillig aber gehen in die Bordelle doch auch nicht unbescholtene Jungfrauen, sondern Mädchen, die schon ein bewegtes Leben hinter sich haben, die schon Prostituierte sind. Das Bordell hat somit zur Voraussetzung die nicht kasernierte Prostitution, aus der es seine Insassen rekrutieren und welche stets neben ihr existieren muß. Und das gilt auch für die Zwangsbordelle; denn zwangsweise wird man doch erst recht nur solche Mädchen in die Bordelle sperren können, bei denen ein Zweifel darüber, daß sie Prostituierte sind, überhaupt ausgeschlossen ist.

Eine andere Frage ist die, soll man die Bordelle überhaupt von Staatswegen verbieten, oder in einem gewissen Umfange gestatten oder gar begünstigen. Das ist eine Frage, die die öffentliche Gesundheitspflege nichts mehr angeht. Wir haben gesehen (S. 66), daß die Frage, ob die Bordelle ihren Besuchern einen größeren gesundheitlichen Schutz gewähren, als die freiwohnenden Prostituierten, zum mindesten höchst strittig ist. Nun könnte man sich ja Institute denken, die nach den Grundsätzen der modernen Hygiene eingerichtet wären, wo die Mädchen täglich untersucht würden u. s. w.; das wären aber sehr kostspielige Einrichtungen, an denen nicht das Volk, sondern höchstens die jeunesse dorée ein Interesse hätte. Und ausschließlich für diese zu sorgen, ist eine entwürdigende Zumutung für die öffentliche Hygiene. Sicher würden, wenn die Gesetzgebung es gestattete, überall in Deutschland Bordelle aufschießen. Sie würden aber nie einen großen Umfang erreichen und sicherlich die freie Prostitution nicht verdrängen. Sehen wir doch, daß selbst da, wo die Bordelle von der Obrigkeit gehegt und gepflegt werden, dieselben fast überall in starkem Rückgang begriffen sind und anderen Formen der Prostitution — den Bordellstraßen, den Absteigequartieren, den Mädchenkneipen, den Cafés und Chantants — Platz machen.

Der Grund hierfür liegt, wie Perrin (Brüsseler Konferenz) richtig ausführt, bei der Frau in dem natürlichen, allen Wesen innewohnenden

Streben nach Freiheit, bei dem Manne in dem Wunsche, sich wenigstens die Illusion der Eroberung zu bewahren. Nur ein paar schüchterne Jünglinge, Fremde, Matrosen und Betrunkene sind heute noch die Stammgäste der Bordelle; andere gehen gewöhnlich nur in Kompagnie nach einem guten Abendessen oder einer Kneiperei, eigentlich mehr als Neugierige, dorthin.

Wenn schon im Jahre 1808, zu einer Zeit, wo in Berlin noch der Bordellzwang für die Prostituierten bestand, bei einer einzigen Nachsuchung 764 der Prostitution verdächtige Frauenzimmer aufgegriffen wurden, während in den Bordellen nur 230 Mädchen lebten und noch 203 Einzelwohnende — dem Gesetze zuwider — unter polizeiliche Aufsicht hatten gestellt werden müssen, so kann man ermessen, mit welchen Schwierigkeiten heutzutage die Polizei zu kämpfen haben würde, wollte sie einen auch nur irgend nennenswerten Bruchteil der Prostituierten kasernieren.

Jadassohn verlangt für die Bordelle: 1) Untersuchung der Mädchen beim Ein- und Austritt, auch auf Gonokokken, 2) tägliche Kontrolluntersuchungen, 3) Verbot des Ausschanks alkoholischer Getränke, 4) Aufklärung und Fürsorge für prophylaktische Maßnahmen, für die Mädchen sowohl als für die Besucher.

Daß Bordelle ohne Schankkonzession sich nicht lange halten, ist eine bekannte Thatsache; wie sehr tägliche Untersuchungen die Bordelle verteuern würden, habe ich schon betont; und ob folgende von Jadassohn vorgeschlagene Warnung: „Die Untersuchung resp. die Karte giebt keine Sicherheit gegen Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten, sondern vermag nur durch Ausscheidung sicher und hochgradig Kranker die Gefahr der Ansteckung zu vermindern, keinesfalls aber aufzuheben“, die man, um sie wirksam zu gestalten, als eine Art von „Lasciate ogni speranza, voi ch'entrate“ mit Riesenlettern an die Pforten des Allerheiligsten anzuschlagen hätte, ob eine solche Warnung, sage ich, die Attraktionsfähigkeit solcher Institute besonders erhöhen würde, scheint mir mehr als zweifelhaft.

Auch Mireur verlangt, wie Jadassohn, eine tägliche Untersuchung der Bordelldirnen und will, um deren Anziehungskraft zu erhöhen, die isoliertwohnenden Prostituierten, „die man ja doch nicht ordentlich überwachen könne“, überhaupt nicht überwacht und untersucht haben; dann würde, so hofft er, das Publikum wissen, wo es gesunde Prostituierte zu suchen habe, und den Bordellen zuströmen. Und um diese mit Frauen zu füllen, soll die Prostitution auf der Straße mit strengen Strafen belegt werden — wie man sieht, das System aus dem Anfang des 19. Jahrhunderts, dessen Undurchführbarkeit längst erwiesen ist. In anderer Richtung bewegen sich die Vorschläge eines deutschen Pseudonymus Severus, mit denen die des Pariser Polizeipräfekten Lépine große Aehnlichkeit haben. Beide wollen polizeilich überwachte Absteigequartiere, in denen die Prostituierten nicht zu wohnen brauchen (Severus) oder gar nicht wohnen sollen (Lépine). Severus will ebenso wie Stern-Düsseldorf den Prostituierten freie Wahl des Untersuchungsarztes garantiert wissen, was in praxi wohl schwer durchführbar wäre. Die Prostituierten würden in jeder Stadt bald die nachsichtigsten Aerzte herausgefunden haben, und wir hätten das heutige System nur noch etwas mangelhafter und umständlicher. Etwas praktischer scheint

schon der Vorschlag Lépine's. Nach seiner Idee würde sich die Ueberwachung folgendermaßen abspielen: Die Wirtin des Absteigequartieres hätte in ihrem Salon ein Album ausliegen mit den Photographien der Mädchen, die bei ihr verkehren; daneben stände der wirkliche oder Spitzname des Mädchens, darunter käme Platz für die Eintragungen des „Spezial"-Arztes, Datum der letzten Untersuchung und der Vermerk „gesund" oder „krank" mit deutlicher Namensunterschrift. Ist das Mädchen krank, so kann sie zu Hause bei sich behandelt werden, ist das nicht möglich, so bekommt sie vom Arzte eine Karte für das Krankenhaus. Vor den Bordellen hätte dieses System den Vorzug, daß die Mädchen relativ frei wären; auch daß der Eintritt in das Krankenhaus frei gestellt würde, wäre für sie ein großer Fortschritt. Dem Straßenhandel freilich würde dadurch nur in beschränktem Maße Abbruch geschehen; und ob in hygienischer Hinsicht auch nur das Mindeste mehr als heute erreicht würde, erscheint mir sehr fraglich. Von der Unvollkommenheit der Untersuchung und Behandlung ganz abgesehen, welche ja der Wirksamkeit jedes Ueberwachungssystems naturgemäß schaden muß, würde es an Durchstechereien aller Art nicht fehlen, vor allem aber würden die krank befundenen Mädchen und diejenigen, die, weil sie sich krank fühlen, sich der Untersuchung entziehen, einfach auf die Straße gehen und ihr Gewerbe zu Hause oder in heimlichen, nicht konzessionierten Absteigequartieren weiter betreiben.

Allen diesen Vorschlägen ist gemeinsam, daß sie von der Vorstellung ausgehen, man habe es in der Hand, die Prostitution und den Verkehr der männlichen Jugend mit derselben nach Belieben in der einen oder anderen Form sich abspielen zu lassen. Das ist eine große Selbsttäuschung.

Ebenso wie das Bedürfnis nach Prostitution in unserer Gesellschaft auf keine Weise auszurotten ist, ebenso bedingt auch die Kompliziertheit unserer gesellschaftlichen Verhältnisse das Bedürfnis nach verschiedenen Formen des Prostitutionsverkehrs. Daß Bordelle oder ähnliche Institute eine Form darstellen, nach der in gewissem Umfange auch ein Bedürfnis besteht, soll nicht geleugnet werden; aber eine Panacee, ein Allheilmittel gegen die Schäden der Prostitution sind sie ebensowenig wie irgend ein anderes System.

Andere Vorschläge bezwecken, die Untersuchung und Behandlung der Prostituierten zu verbessern.

Auf alle diese Projekte des näheren einzugehen, würde zu weit führen; einer besonderen Erwägung wert aber scheint mir der Vorschlag, der früher schon von Lanceraux, Perrin, Wahl, Sperk, Kaposi, Lang und anderen gemacht und neuerdings von Finger und Jadassohn auf der Brüsseler Konferenz wieder aufgenommen worden ist: Die Unterbringung der syphilitischen Prostituierten während der Dauer der Infektiosität (nach Finger für 2 Jahre) in besondere Asyle; Jadassohn plaidiert auch für Unterbringung schwer oder nicht heilbarer tripperkranker Prostituierter in diese Asyle.

Ein Projekt, welches von den hervorragendsten Vertretern der Syphilidologie vertreten wird und welches auf den ersten Blick sehr folgerichtig dem Wesen der venerischen Krankheiten angepaßt zu sein scheint, verdient wohl genauer ins Auge gefaßt zu werden.

Nehmen wir z. B. die Stadt Berlin mit ihren 5000 eingeschriebenen Prostituierten, von denen jährlich 1000, in 2 Jahren also fast 2000 an Lues erkranken. Wenn man die unheilbar Gonorrhoischen

hinzurechnet, müßte somit ein solches Asyl für mindestens 2000 Personen Platz haben. Nehmen wir an, die Stadt Berlin würde sich den Luxus leisten, ein solches Asyl für venerische Dirnen zu schaffen, eine Anstalt, deren Einrichtung viele Millionen verschlingen und weiterhin alljährlich mindestens 3—4 Millionen Mark Unterhaltungskosten erfordern würde — welchen Charakter würde wohl eine solche Anstalt haben? Man kann füglich 2000 körperlich sonst gesunde Mädchen nicht jahrelang herumlaufen lassen, ohne sie zur Arbeit anzuhalten; wir hätten also — wie wir es auch einrichteten — schließlich doch das „Arbeitshaus“, in dem beständig 40 Proz. der Prostituierten auf ihre Immunität warteten. Würden die Prostituierten sich nicht mit allen Mitteln dieser für sie geradezu entsetzlichen Strafe zu entziehen, und, einmal eingefangen, mit List oder Gewalt auszubrechen suchen? Ohne ein Heer von bewaffneten Aufsehern würde es da nicht abgehen; Zuhälter- und Verbrechertum würden dadurch geradezu gezüchtet werden. Und man könnte sich, wenn man überhaupt etwas erreichen will, gar nicht einmal darauf beschränken, die eingeschriebenen Dirnen dem Asyl zuzuführen, sondern müßte gerade die gelegentlich aufgegriffenen Anfängerinnen, die kaum die Bahn des Lasters betreten haben, auf Jahre hinaus mit diesen zusammen einsperren und diesen so jede Möglichkeit nehmen, zu einem ehrlichen Berufe zurückzukehren. Oder soll gleichzeitig mit der physischen Besserung auch eine moralische verquickt werden? Nun, ich glaube nicht, daß man sich davon viel versprechen dürfte. Für die Oeffentlichkeit aber würden diese Institute mehr noch als die heutige Reglementierung — und auch mit größerem Rechte — dem Vorwurf ausgesetzt sein, daß sie nur dazu dienten, der männlichen Jugend gesunde Ware zuzuführen. Keine politische Partei würde je die gesetzliche Grundlage für eine solche Anstalt schaffen, keine Stadtverwaltung je die Mittel dafür bewilligen. Aber angenommen, es ließe sich irgendwo in der Welt die Einrichtung solcher Asyle durchsetzen, was wäre damit für die Syphilisprophylaxe erreicht? Da mit der Sequestrierung von 40 Proz. der Prostituierten in einer beliebigen Großstadt das Bedürfnis nach Prostitution noch nicht um 40 Proz. herabgesetzt wäre, so würde dies Bedürfnis zum kleineren Teile durch die restierenden 60 Proz. gedeckt. Diese 60 Proz. würden natürlich auch stärker in Anspruch genommen und schneller durchseucht werden. Zum größeren Teile würde das Bedürfnis gedeckt werden, indem aus der nicht gewerbsmäßigen Prostitution und aus den jüngeren Altersklassen frisches (d. h. gesundes) Material nachströmte. Wir hätten also in dieser Sequestrierung ein vorzügliches Mittel zur Vermehrung der Prostitution.

Wenn Jadassohn meint, das stimme nur für die beiden ersten Jahre; wenn nach 2 Jahren die nunmehr gesunden Mädchen wieder entlassen werden, so würde sich das wieder ausgleichen — so ist das natürlich ein Rechenfehler. Es sind eben beständig 40 Proz. der Prostituierten sequestriert, die für den Markt nicht in Betracht kommen; auf die Dauer richtet sich dieser so ein, als ob die fehlenden 40 Proz. nicht da wären. (Siehe auch die Ausführungen S. 87.) Und dabei bleibt es immer noch zweifelhaft, ob nicht die männliche Jugend dem jungen Nachwuchs den Vorzug vor dem im Asyl konservierten Material geben wird — und man müßte (damit die Rechnung stimmt) hoffen und wünschen, daß keine der Asylistinnen sich inzwischen durch die im Asyl vorgenommenen moralischen Besserungsversuche ihrem Gewerbe hat abspenstig machen lassen.

Vorbedingung für eine rationelle gesundheitliche Ueberwachung der Prostitution ist die völlige Aufhebung der Sittenpolizei, ebenso wie die Aufhebung der Einschreibung, die, wie wir sahen, völlig überflüssig ist. Die Stempelung zur Prostituierten, welche die Sittenpolizei mit dem Akt der Einschreibung vollzieht, wird bedingt durch die Vorstellung, daß die Prostitution an und für sich ein Vergehen sei, und sie findet ihre thatsächliche Berechtigung heute nicht in der hygienischen, sondern in der ordnungs- und kriminalpolizeilichen Ueberwachung der Prostituierten.

Hand in Hand mit der Aufhebung der Sittenpolizei (d. i. des § 361,6 Absatz 1) müßte gehen die Straflosigkeit der Prostitution, sofern sie nicht direkt ein öffentliches Aergernis giebt (also Aufhebung von § 361,6 Absatz 2) und die Straflosigkeit jeder einfachen, nicht qualifizierten Kuppelei (§ 180), Vergehen, die, wie wir sahen, doch in den weitaus meisten Fällen weder verfolgt noch bestraft zu werden pflegen. Strafbar würde eine Prostituierte nur sein, wenn sie durch unzüchtige Handlungen ein öffentliches Aergernis giebt (§ 183), ungebührlicherweise ruhestörenden Lärm erregt oder groben Unfug verübt (§ 360,11), oder wenn sie eine venerische Krankheit vorsätzlich oder fahrlässig weiter verbreitet (§§ 223 und 230 R.Str.G.B.) — d. h. mit anderen Worten, wirklich strafbare Handlungen seitens der Prostituierten können schon nach den allgemeinen Strafgesetzen in sehr wirksamer Weise verfolgt und bestraft werden. Wirklich strafbar ist meines Erachtens die Kuppelei auch nur dann, wenn bei derselben hinterlistige Kunstgriffe angewandt worden sind (§ 181,1), wenn mit derselben eine Freiheitsberaubung verbunden war (§§ 235, 236, 239 R.Str.G.B.), überhaupt jedesmal, wenn ein unbescholtenes Mädchen „durch Geschenke oder Versprechen, durch Drohung, durch Mißbrauch des Ansehens oder der Gewalt, durch absichtliche Herbeiführung oder Beförderung eines Irrtums oder durch andere Mittel“ zur Prostitution verleitet worden ist. Die bloße Gelegenheitsmacherei, das Vermitteln zwischen erwachsenen und urteilsfähigen Personen beiderlei Geschlechts ist zwar ein höchst unsauberes Gewerbe, sollte aber, wie dies z. B. in Italien der Fall ist, nach dem Grundsatz „volenti non fit injuria“ nicht als strafbar gelten.

Erst die Straflosigkeit der Prostitution an sich und der einfachen — nicht qualifizierten — Kuppelei kann freie Bahn für eine wirklich rationelle gesundheitliche Ueberwachung der Prostitution schaffen, welche bei der heutigen Gesetzgebung außerordentlich erschwert ist.

Das Gesamtergebnis unserer Untersuchung führte uns darauf hin, daß die Prophylaxe vor allem danach streben muß, der jungen Prostituierten, der Rekruten, habhaft zu werden. Die heutige Reglementierung beschäftigt sich aber nicht nur vorwiegend mit den ausgesprochenen gewerbsmäßigen Dirnen, sondern sie verscheucht geradezu die Anfängerinnen. Gewiß ist es ohne Einschreibung etwas schwieriger, die Prostituierten dauernd unter Beobachtung zu behalten, aber diese Schwierigkeit würde weitaus wett gemacht dadurch, daß man allen venerisch erkrankten Mädchen und Frauen reichlich Gelegenheit gäbe, sich freiwillig klinisch oder ambulatorisch behandeln zu lassen, ohne daß mit dieser Behandlung irgendwelche polizeiliche Scherereien verbunden wären. Zweifellos würden von dieser Gelegenheit sehr viele keinen Gebrauch machen, aber es würden doch viel mehr Mädchen freiwillig das Krankenhaus aufsuchen als heute, darunter sicherlich auch viele

Prostituierte, Anfängerinnen sowohl als auch ältere. Würde man für diese den Eintritt in das Krankenhaus und den Austritt aus demselben völlig freistellen, so würde es meines Erachtens genügen, wenn, wie es ähnlich in dem norwegischen Gesetzentwurf vorgesehen ist, zwangsweise auf ihren Gesundheitszustand untersucht würden Personen beiderlei Geschlechts, welche

1) denunziert wurden, weil sie angeblich eine Ansteckung veranlaßt haben,

2) solche, die wegen eines Vergehens gegen die Sittlichkeit unter Anklage stehen, insbesondere wenn sie „durch eine unzüchtige Handlung ein öffentliches Aergernis gegeben haben“ (§ 183).

Höchst wahrscheinlich würden diese Bestimmungen in den meisten Fällen auf Prostituierte (hier und da auch auf Kuppler und Zuhälter) Anwendung finden. Im großen ganzen würde aber durch dieselben Gelegenheit gegeben werden, gerade die gefährlichsten Prostituierten von Zeit zu Zeit auf ihren Gesundheitszustand zu untersuchen. Erweisen sich die untersuchten Mädchen dann als gesund, so liegt meines Erachtens kein Grund vor, sie neben der Bestrafung und nach verbüßter Strafe einer ständigen Kontrolle zu unterwerfen und dann so lange zu warten, bis sie eines Tages sich als krank ausweisen. Das mag in der Theorie ja sehr zweckmäßig erscheinen, führt aber in der Praxis stets zu dem System, dessen Unzulänglichkeiten und Unzuträglichkeiten ich im vorigen Abschnitt auseinandergesetzt habe.

Anders ist es, wenn die Mädchen als krank befunden werden. Dann liegt meines Erachtens im öffentlichen Interesse eine dringende Veranlassung vor, sie einer zwangsweisen Behandlung zu unterwerfen und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus so oft und so lange zu untersuchen, als es der behandelnde, resp. untersuchende Arzt für notwendig erachtet. Während dann die Behandlung für alle Venerischen beider Geschlechter eine völlig freiwillige sein würde, wäre sie eine obligatorische nur für die von der Polizei eingelieferten und für diejenigen, welche, nachdem sie einmal von der Polizei eingeliefert worden waren, im Anschluß an die Spitalbehandlung sich von Zeit zu Zeit noch wieder vorzustellen haben. Diese Vorstellung — der heutigen Untersuchung gleichwertig — hätte zu geschehen in dem Ambulatorium des Krankenhauses, wo die Prostituierten behandelt werden, vielleicht, wenn sich das als zweckmäßig herausstellen sollte, zu einer anderen Stunde als die anderen, freiwillig hilfesuchenden poliklinischen Patienten. Sicher wird ein großer Teil, auch der Prostituierten, es vorziehen, freiwillig sich sowohl dem Krankenhausaufenthalt, als auch der Nachuntersuchung zu unterziehen, und auch die ursprünglich von der Polizei Eingelieferten werden zu einem großen Teil die ihnen angegebenen Fristen innehalten. Freilich dürfte und müßte die Nichtinnehaltung dieser Frist sofort der Polizei angezeigt werden, mit einer Polizeistrafe belegbar sein und würde die Zwangsvorführung der Betreffenden zur Folge haben.

Es ist dies ein System, das schon jetzt z. B. in Paris als Système d'ajournement bei den Minorennen angewendet wird, welche letztere bekanntlich nicht eingeschrieben werden dürfen. Angeblich aber funktioniert dieses System nicht gut. „Die betreffenden Insoumises“, schreibt Jadassohn, „welche noch weniger als die Soumises an Disziplin gewöhnt sind, können durch die überbürdeten Polizeiorgane, welche diese Mädchen auch noch nicht genügend kennen, nur außerordentlich schwer

aufgefunden und der Untersuchung, der sie sich, vor allem, wenn sie erkrankt sind, mit allen Mitteln zu entziehen versuchen, zugeführt werden."

Bei dem Charakter, den die Untersuchung heute zumeist trägt, ist das nicht verwunderlich. Das Beispiel Stuttgarts, wo die Untersuchung nicht auf der Polizei, sondern im Krankenhause stattfindet, zeigt, daß — zum mindesten in mittelgroßen Städten — dieses System sehr wohl durchführbar ist und verhältnismäßig recht gute Erfolge zeitigt: und auch in größeren Städten werden die Mädchen leichter für die Untersuchung zu haben sein, wenn letztere ihres polizeilichen Charakters entkleidet und in einen ärztlichen Akt umgewandelt worden ist. Und das ist zu ermöglichen nicht nur durch den Ort der Untersuchung, die im Krankenhause stattfinden soll, durch die Untersuchungsärzte, welche dem Personal der behandelnden Krankenhausärzte zu entnehmen wären, sondern vor allem dadurch, daß mit dieser Untersuchung auch eine ambulante Behandlung zu verbinden wäre für die zahlreichen Fälle, welche für den Augenblick keiner klinischen Behandlung bedürfen. Als solche Leiden gelten außer den zahlreichen pseudovenerischen Leiden, Herpes, spitzen Kondylomen, Erosionen, nichtgonorrhoischem Fluor, Scabies und anderen Hautaffektion die tertiäre Syphilis und ferner nach Jadassohn die Fälle von latenter Syphilis, welche nach der Fournier'schen Methode intermittierende Kuren durchmachen sollen, in der Heilung begriffene Ulcera mollia, ferner einzelne besonders hartnäckige Gonorrhöen mit dauernd spärlichem Gonokokkenbefund, ganz besonders einzelne chronische Urethral-Gonorrhöen. Meines Erachtens ließen sich sogar auch ausnahmsweise Fälle von sekundärer Lues mit Krankheitserscheinungen, die nicht gerade kontagiöser Natur sind — z. B. Papeln auf Kopf und Fußsohlen, Knochenhautentzündungen u. s. w. — ambulatorisch behandeln.

Diese Behandlung müßte gleichzeitig mit einer unentgeltlichen Lieferung von Arzneimitteln, Irrigatoren u. s. w. verbunden sein, die Patientinnen müßten während der Untersuchungsstunden, wie in jeder anderen poliklinischen Sprechstunde behandelt und zur Selbstbehandlung, Ausspülungen mit dem Irrigator etc. angehalten werden.

Daß auf diese Weise der Charakter der ärztlichen Untersuchung ein völlig anderer und das Verhältnis zwischen den Prostituierten und den Untersuchungsärzten mit der Zeit wirklich dem zwischen Klient und Arzt weichen würde, ist offenbar. Es müßte mit sonderbaren Dingen zugehen, wenn unter solchen Bedingungen die Abneigung der Prostituierten gegen diese Untersuchungen sich nicht wesentlich vermindern sollte. Man vergesse auch Folgendes nicht: Das Bewußtsein, daß nicht jedes kleine Leiden sofort die Internierung im Krankenhause nach sich zieht, würde entschieden ein weiteres Attraktionsmittel für diese ‚Prostituiertenpolikliniken' sein.

Es würde dann natürlich nach wie vor Prostituierte de facto geben, aber nicht mehr Prostituierte ex officio, von Polizeiwegen zu Prostituierten gestempelte oder als Prostituierte Privilegierte. Die scharfe Linie, welche heute die offizielle Prostituierte von der übrigen bürgerlichen Gesellschaft scheidet, würde fortfallen und mit dieser Scheidung auch das eigentümliche Bewußtsein, nicht nur außerhalb der Gesellschaft, sondern auch außerhalb der Gesetze zu stehen, ein Bewußtsein, welches heute so vielen dieser Mädchen inne wohnt und selbst wieder an einem Teil der von ihnen begangenen Gesetzwidrigkeiten schuld ist.

Eine Schwierigkeit liegt freilich in der Feststellung, wie lange die ärztliche Ueberwachung anhalten soll. Es kann z. B. vorkommen, daß

ein Mädchen, das einmal von der Polizei ins Krankenhaus eingeliefert wurde, später aber diesem Gewerbe bald den Rücken gekehrt hat, vom Krankenhausarzt ihres Zustandes wegen (sekundäre Lues, nicht geheilte Gonorrhoe) zu wiederholten Untersuchungen bestellt wird. Für solche Fälle müßte trotz bestehender Krankheit auf Antrag der Betreffenden die Befreiung von der zwangsweisen Untersuchung von Polizei- oder besser Gerichtswegen (d. h. summarischen Verfahren) angeordnet werden können. Dem Arzt selbst hierüber die Entscheidung zu überlassen, hieße ihn mit einer allzu großen Verantwortlichkeit belasten.

Was hingegen der Entscheidung der Behörden völlig entzogen und dem freien wissenschaftlichen Ermessen des Arztes anheimgestellt sein müßte, ist die Beurteilung der Fragen, wann und auf Grund welcher Kriterien eine eingelieferte Kranke aus dem Krankenhaus zu entlassen sei, wann an die Stelle der klinischen die ambulante Behandlung zu treten habe, und wann wiederum eine Hospitalbehandlung einzuleiten sei, wann ferner eine erkrankt gewesene Prostituierte völlig genesen sei und somit auch der Nachuntersuchung nicht mehr bedürfe.

Vorschriften hierüber lassen sich dem Arzte heute um so weniger machen, als bei der Gonorrhoe sowohl als auch bei der Syphilis keine allgemeingiltige feste Kriterien über Krankheits- und Behandlungsdauer gegeben werden können. Wie lange nach dem Schwinden der letzten Exanthemflecke die klinische Behandlung fortzusetzen sei, wie weit sich die Inguinaldrüsen in einem gegebenen Falle verkleinert haben müssen, bis an die Stelle der klinischen die ambulante Behandlung treten darf, ob nach Aufhören einer kontinuierlichen Behandlung mit Welanderschen Säckchen oder Merkolintschurzen, eine intermittierende Behandlung nach Fournier-Neißer treten solle oder erst bei einem neuen Recidiv eine neue Behandlung einzuleiten sei, darüber muß der Arzt nach freiem Ermessen zu entscheiden haben. Ebenso kann nach dem heutigen Stand der Wissenschaft bei der Beurteilung, ob eine Gonorrhoe noch fortgesetzter klinischer Behandlung bedürfe, sehr wohl der eine Arzt mehr den klinischen, der andere mehr den bakteriologisch-histologischen Befund gelten lassen. Vor allem aber wird es Sache des Arztes sein, von Fall zu Fall und von einem zum anderen Mal darüber zu entscheiden, in welchen Zwischenräumen eine Wiedervorstellung entlassener Patienten stattzufinden habe; mit anderen Worten, der Arzt wird wie bei jedem anderen Kranken so auch bei den seiner Behandlung anvertrauten venerischen Prostituierten sich von rein ärztlichen Gesichtspunkten leiten lassen.

Daß man bei einem solchen Regime nichts Vollkommenes leisten würde, ist mir ganz klar. Es würden — wie heute — Fälle vorkommen, wo Prostituierte, namentlich Anfängerinnen, teils aus Unwissenheit oder, weil die Not sie auf die Gasse treibt, wochenlang herumlaufen und Dutzende von Männern anstecken. Es würden — wie heute — Prostituierte, die an Syphilis behandelt und zur Nachuntersuchung bestellt worden waren, sich dieser nicht selten entziehen und in der Großstadt schwer ausfindig zu machen sein. Es würde — wie heute — nicht gelingen, alle Prostituierten zu heilen, und man würde es nicht verhindern können, daß Syphilitische im kondylomatösen Stadium und Mädchen mit Gonokokken fortfahren, ihr Gewerbe zu betreiben. — Aber daß das Gesamtergebnis ein besseres sein würde als bei der heutigen Reglementierung, davon bin ich fest überzeugt, und das um so mehr, als das neue Regime mit Notwendigkeit auch ein ganz anderes Vorgehen gegen die Geschlechtskrankheiten in der übrigen Bevölkerung bedingen würde.

7*

E. Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in anderen Bevölkerungsschichten.

Je weniger die Ueberwachung der Prostitution sich als ein ausreichendes Mittel zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten herausstellt, desto größere Bedeutung erlangen naturgemäß die auf die Bekämpfung der venerischen Krankheiten bei anderen Bevölkerungsgruppen gerichteten Maßnahmen. Wir haben schon mehrfach betont, daß diese Maßnahmen außerordentlich dürftige sind, und daß man sich an vielen Orten einzig und allein auf die Bekämpfung der Prostitution beschränkt hat. Offenbar schrieb man diesen Maßnahmen, sofern sie nur energisch genug angewandt würden, eine so durchgreifende Wirkung zu, daß man darüber alles vernachlässigte, was Staat und Gemeinde, Gesetzgebung und Verwaltung sonst noch Ersprießliches bei diesem Eingriff leisten konnten. Ja, noch mehr, die engherzige Anschauung, die in dem Geschlechtskranken einen Sünder, in seiner Krankheit ein durch eigene Schuld erworbenes Leiden und somit eine wohlverdiente Strafe für seine Ausschreitungen sieht, kam in den Gesetzen und Verwaltungsmaximen unverhüllt zum Ausdruck; und da, wo ein Eingreifen der gesetzgebenden Faktoren, der öffentlichen Gewalten möglich war, ist dasselbe bisher fast überall in einem überaus schädlichen Sinne erfolgt. Wie ich in meinem Buche „Syphilis und Prostitution“ ausgeführt habe, sind fast alle legislatorischen Maßnahmen, alle gesellschaftlichen Einrichtungen, die in irgend einer Weise auf die venerischen Krankheiten Bezug nehmen, derart beschaffen, als wären sie in raffiniertester Weise ersonnen, die Krankheiten unter der Bevölkerung möglichst zu verbreiten und zu vermehren.

Daß unter solchen Umständen selbst die beste sanitäre Kontrolle der Prostituierten nicht viel ausrichten konnte, leuchtet ein; wie viel weniger das allgemein übliche, mit so vielen Mängeln behaftete Kontrollsystem!

Es ist klar, daß der Verbreitung der venerischen Krankheiten am besten dadurch gesteuert wird, daß die Erkrankten während der Dauer der Kontagiosität, d. h. sowohl während der ersten Infektion als auch bei etwa auftretenden Recidiven das Krankenhaus aufsuchen. Wenn bei anderen Infektionskrankheiten die sachgemäße klinische Behandlung einen nicht unwesentlichen Teil der Prophylaxe einnimmt, so kann man sagen, daß bei den venerischen Krankheiten die gesamte Prophylaxe sich eigentlich mit der Krankenhausbehandlung erschöpft. Der Geschlechtskranke ist, so lange er im Hospital ist, außer stande, seine Krankheit weiter zu verbreiten. Es bedarf keiner Desinfektion seiner Wohnräume, seiner Betten, seiner Kleidungsstücke, es bedarf nicht irgendwelcher weiteren Eingriffe der Sanitätspolizei in seine eigenen oder seiner Angehörigen Privatangelegenheiten; es genügt, ihn während der Dauer der Kontagiosität in einem Krankenhause zu haben, um zu wissen, daß alles geschehen ist, was überhaupt möglich ist, die Weiterverbreitung dieser Krankheit von diesem Kranken aus zu verhüten. Es müßte daher die Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege sein, die Krankenhausbehandlung als das erstrebenswerte Ziel für jeden einzelnen Fall von Geschlechtskrankheit zu betrachten und alle Gesetze und Einrichtungen so zu treffen, daß von den Venerischen möglichst

viele das Krankenhaus aufsuchen. In dieser Erkenntnis wird von manchen Autoren einfach die zwangsweise Spitalbehandlung für alle Geschlechtskranken gefordert, — eine Utòpie, die bei den ersten Versuchen ihrer Durchführung an unseren sozialen Verhältnissen scheitern würde. Aber auch die zwangsweise Krankenhausbehandlung, nur auf eine einzelne Bevölkerungsgruppe — Fabrikarbeiter, Matrosen, Kellnerinnen u. s. w. — angewendet, läßt sich in der Praxis nicht durchführen. Ganz abgesehen von der sozialen Ungerechtigkeit, die darin liegen würde, einen beliebigen Teil der Geschlechtskranken anders zu behandeln, als einen andern, sozial besser situierten, stehen auch rein technisch der Durchführung solcher Maßnahmen viele Schwierigkeiten im Wege. Ich selbst habe früher geglaubt, daß man sich des Krankenkassenwesens bedienen könnte, um die hygienisch gewiß sehr empfehlenswerte .klinische Behandlung zwangsweise durchzusetzen. Aber ich habe mich im Laufe der Jahre davon überzeugt, daß ganz allgemein, namentlich bei den verheirateten Mitgliedern sich eine zwangsweise Ueberführung in das Krankenhaus nicht durchführen läßt. Viele Patienten werden ferner durch eine bestehende Geschlechtskrankheit in ihrer Erwerbsfähigkeit gar nicht beeinträchtigt; und wenn dann die Behandlung außerhalb des Krankenhauses sich ermöglichen läßt, so wäre es ungerecht, den Kranken gegen seinen Wunsch in ein Krankenhaus zu schicken. Man muß auch immer mit der bei vielen Patienten bestehenden, unter den heutigen Verhältnissen leider nur zu begreiflichen Abneigung gegen die Krankenhäuser rechnen. Wenn sich nun solche Patienten hartnäckig weigern, in ein Krankenhaus zu gehen, ist es immer besser, sie draußen zu behandeln als ihnen überhaupt jede Hilfe zu versagen. Im Prinzip sollte aber die Krankenhausbehandlung, namentlich für alle unverheirateten Geschlechtskranken, erstrebt werden, und sie sollte obligatorisch für den Patienten und für die Kasse sein in folgenden Fällen:

1) für die Angehörigen der Nahrungs- und Genußmittelgewerbe: Bäcker, Schlächter, Kellner und Kellnerinnen, Tabakarbeiter und Arbeiterinnen, für die Glasbläser (welche die Krankheit oft vermittels der Mundstücke aufeinander übertragen), sowie für Berufsgruppen, welche, wie die Barbiere und Friseure, bei Ausübung ihres Berufs in nahe Berührung mit anderen Menschen kommen.
2) Wenn nach Ansicht des Arztes wegen Schwere der Erkrankung oder wegen ungünstiger häuslicher Verhältnisse oder wegen Gefahr einer Uebertragung die Kur im Hause nicht durchführbar ist. •
3) Wenn der Kranke selbst die Krankenhausbehandlung wünscht.

Von diesen Fällen abgesehen halte ich eine obligatorische Spitalbehandlung nicht für angebracht und glaube, daß der Weg, um eine allgemeine Krankenhausbehandlung der Venerischen zu erzielen, ein ganz anderer sein muß; nämlich daß man den Venerischen den Zutritt zu den Krankenhäusern in jeder Weise erleichtern und ihnen den Aufenthalt daselbst so angenehm wie möglich machen muß.

Ganz das Entgegengesetzte erstrebt oder wenigstens erzielt das heute in Deutschland geltende System:

1) Das Krankenversicherungsgesetz giebt in seinen §§ 6a

und 26a den Kassen, resp. den Gemeinden die Möglichkeit zu beschließen:

„Daß den Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder ..... durch geschlechtliche Ausschweifung zugezogen haben, für diese Krankheit das statutenmäßige Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren ist."

Von dieser Bestimmung macht leider noch immer eine große Anzahl von Kassen Gebrauch. Die Folge davon ist, daß viele Kranke im Falle einer venerischen Erkrankung den Kassenarzt gar nicht konsultieren, sondern zum Pfuscher gehen, sich selbst behandeln und im Falle der Erwerbsunfähigkeit weiter arbeiten und die Krankheit verschlimmern. Das Schlimmste aber ist, daß diese Bestimmung den Kassen das Recht giebt, die Inanspruchnahme eines Krankenhauses durch den Kranken zu verhindern. Da sie nämlich zwar verpflichtet sind, ärztliche Behandlung und Arznei, jedoch kein Krankengeld zu gewähren, so trifft sie von den Kurkosten in einem Krankenhaus nur ein Drittel, d. h. der auf Arzt und Arznei entfallende Anteil, während die übrigen zwei Drittel vom Kranken selbst zu entrichten sind. Da der Kranke doch fast niemals imstande ist, diese zu bezahlen, so unterbleibt eben in solchen Fällen die Krankenhausbehandlung.

Selbstverständlich müßten alle diese Beschränkungen aus dem Krankenkassengesetz fortfallen. Ihre Schädlichkeit, auf die ich seit Jahren wiederholt hingewiesen habe, ist denn auch vor einigen Jahren von der preußischen Regierung selbst anerkannt worden, welche in einem Ministerialreskript den Krankenkassen die Krankenhausbehandlung ihrer geschlechtskranken Mitglieder besonders ans Herz gelegt hat. Dieser Schritt hatte nur einen sehr mäßigen Erfolg aufzuweisen, da ihm die gesetzliche Handhabe fehlte. Sobald eine erneute Revision des Krankenkassengesetzes vorgenommen wird, werden denn auch wohl die §§ 6a und 26a desselben eine entsprechende Abänderung erfahren müssen.

2) Die meisten Krankenhäuser der europäischen Kulturländer nehmen Geschlechtskranke überhaupt nicht auf, und diejenigen, welche es thun, verbinden mit der Behandlung zumeist eine solche Unsumme von entwürdigenden Beschränkungen, daß der Krankenhausaufenthalt für den Venerischen zu einer Art von Gefängnisstrafe wird. In Deutschland sind an vielen Orten die Krankenhäuser den Geschlechtskranken statutarisch oder gewohnheitsmäßig verschlossen, und selbst da, wo dies nicht der Fall ist, werden dieselben in der Regel nicht aufgenommen, wenn die Krankenhäuser mit Kranken anderer Art überfüllt sind. Es herrscht eben die Vorstellung, daß von allen Arten Kranker die Geschlechtskranken zuletzt einen Anspruch auf eine Hospitalbehandlung haben. In Berlin ist außer einer kleinen Abteilung in der königlichen Charité jetzt die Krankenabteilung beim städtischen Obdach (die Stelle, wo auch die kranken Prostituierten interniert sind) der einzige Ort, wo die Geschlechtskranken eine Zuflucht finden. Die Zahl der Betten steht hier wie fast überall in einem schreienden Mißverhältnis zu der erforderlichen Bettenzahl, und zwar nicht nur zu der Zahl derer, die einer klinischen Behandlung dringend bedürfen, sondern selbst für die so viel geringere Ziffer von Kranken, die trotz aller der genannten Schwierigkeiten die Krankenhäuser aufsuchen. Mußten doch Anfang der 90er Jahre

in Berlin selbst von der Polizei überwiesene venerisch erkrankte Prostituierte aus Mangel an Platz frei in die Stadt entlassen werden!

3) Erschwert wird die Krankenhausbehandlung Venerischer ferner durch die gehässigen Bestimmungen, welche zumeist diesen Kranken gegenüber in den Hospitälern zur Anwendung kommen und die allen den Krankenhausaufenthalt unleidlich machen. So wird den Geschlechtskranken in vielen Orten der Empfang von Besuch, das Spazierengehen im Garten etc. untersagt; die Disciplin ist eine besonders harte, die Kost eine schlechte; oft sind die Fenster der Abteilung undurchsichtig oder vergittert, und die Abteilungen selbst in der Regel in den schlechtesten Teilen der Krankenhäuser, in unhygienischen Räumen untergebracht, welche zu dauerndem Aufenthalt von Kranken völlig ungeeignet sind, nicht selten sogar durch fest verriegelte Thore abgeschlossen. Derartige Maßnahmen, welche den Krankenhausaufenthalt für Geschlechtskranke zu einer Gefängnisstrafe stempeln, lassen das gelinde Entsetzen, welches unsere Patienten oft befällt, wenn wir sie einer Genitalinfektion wegen in das Krankenhaus schicken wollen, erklärlich und berechtigt erscheinen; und auch dem Arzt ist es nicht zu verdenken, wenn er, wie die Dinge liegen, dem dringenden Wunsche des Patienten, ihn nicht dem Krankenhaus zu überweisen, seiner eigenen besseren Ueberzeugung zuwider willfahrtet.

Vom hygienischen Standpunkt aus sind solche Absperrungsmaßregeln natürlich ganz überflüssig. Eine Uebertragung von Geschlechtskrankheiten ist schon durch das in unseren Krankenhäusern übliche Maß von Reinlichkeit so gut wie ausgeschlossen. Es sind eben Gründe ganz anderer, „moralischer“ Natur, die zu diesem Sträflingssystem geführt haben. Der Krankenhausaufenthalt soll eben eine Strafe für den Patienten sein, der so liederlich war, sich eine Geschlechtskrankheit anzuschaffen. Daß durch ein solches Verfahren die allgemeine Moralität nicht verbessert wird, ist offenbar. Gewiß aber ist, daß Tausende von Geschlechtskranken, die sonst ein Krankenhaus aufsuchen würden, sich außerhalb desselben in unzureichender Weise oder gar nicht behandeln lassen und während dessen Gelegenheit haben, ihre Krankheit weiter zu verbreiten.

Noch schlimmer als für die geschlechtskranken Männer ist für die Frauen gesorgt. Sie werden in der Regel mit den gewerbsmäßigen Dirnen zusammen eingesperrt, das beste Verfahren, um diejenigen, die noch nicht Prostituierte sind, dazu zu machen.

Anderweitige Gelegenheit, sich behandeln zu lassen, existiert in der Regel für venerische Frauen nicht. So kommt es, daß in dem großen Berlin im Jahre 1891 außer den Prostituierten nur 271 venerische Frauen und Mädchen Aufnahme fanden, während alle übrigen — und sie zählen nach Tausenden — sich ambulatorisch behandeln lassen mußten oder gar nicht behandelt wurden.

Hier ist offenbar der springende Punkt, an dem das jetzige System am meisten krankt und wo die Reform am energischsten einzusetzen hat: Alle öffentlichen Krankenhäuser müßten den Geschlechtskranken beiderlei Geschlechts ohne Einschränkung offen stehen. Jede Beschränkung, die nicht durch den Charakter der Krankheit selbst geboten ist, müßte fortfallen. Ja, selbst die räumliche Trennung der

Geschlechtskranken von anderen Kranken ist nur in großen Krankenhäusern zu rechtfertigen, wo den gesonderten Abteilungen auch spezialistisch vorgebildete Aerzte vorstehen. In kleineren Krankenhäusern, wo das nicht der Fall ist, können und sollten die Geschlechtskranken zusammen mit Kranken anderer Art in einer Abteilung liegen. Die Geschlechtskranken bedürfen nicht, wie die meisten anderen Infektionskranken, einer räumlichen Isolierung. Syphilis und Gonorrhoe werden nicht par distance übertragen. Die einzige Vorsorge, die man vielleicht zur Verhütung einer Infektion der Nachbarn treffen könnte, wäre die Gewährung von Eß- und Trinkgeschirr anderer Form oder Farbe für die Syphilitischen (wohl gemerkt nur für die Syphilitischen, während die Gonorrhoen, Bubonen etc. keinerlei derartige Vorsichtsmaßregeln erfordern).

Freilich ist überall, wo sich die Zahl der Geschlechtskranken dauernd über eine gewisse Höhe erhebt (30—40 Betten), eine eigene Abteilung und deren Unterstellung unter einen Fachmann angebracht; denn leider werden auch in ärztlicher Beziehung noch überall die Geschlechtskranken sowohl auf den inneren als auch auf den äußeren Stationen der Krankenhäuser als minderwertige Patienten angesehen. Das Interesse des dirigierenden Arztes pflegt für sie gewöhnlich minimal zu sein, und es ist anzunehmen, daß unter dieser Vernachlässigung die therapeutischen Erfolge leiden, der Krankenhausaufenthalt oft unnütz verlängert und manches Wichtige übersehen wird. Auch diese Unterschätzung der Syphilidologie in ihrer Bedeutung für die Klinik ist wahrscheinlich bedingt durch die niedrige moralische Einschätzung der Geschlechtskrankheiten.

4) Der Errichtung von Spezialkrankenhäusern für Venerische ist im allgemeinen zu widerraten, da das Publikum gegen solche eine berechtigte Abneigung hat. Wird doch der Charakter der Krankheit auf diese Weise schnell öffentlich bekannt, was bei den heute herrschenden Anschauungen für den Patienten wahrlich keine Annehmlichkeit wäre. Jedenfalls ist eine völlige Gleichstellung der venerisch Erkrankten mit allen übrigen Anstaltskranken unbedingt erforderlich. Nur so wird man erreichen, was man erreichen will, daß eine möglichst große Anzahl von Geschlechtskranken die Krankenhäuser aufsucht.

Wie sonst solche Abteilungen für Venerische einzurichten wären, ist eine Spezialfrage, auf deren Erörterung ich hier nicht näher eingehen will. Nur auf drei Punkte möchte ich aufmerksam machen: Empfehlenswert ist die Unterbringung der Geschlechtskranken, namentlich der weiblichen Geschlechtskranken, nicht in großen Sälen, sondern in kleineren Krankenzimmern, welche eine nähere Berührung jüngerer, noch unverdorbener Mädchen, mit älteren, verdorbenen verhindert und eine weitgehende Individualisierung ermöglicht. Der größere Teil der Geschlechtskranken besteht ferner aus jungen Menschen, welche durch ihr Leiden sich in ihrem allgemeinem Gesundheitsgefühl nur wenig oder gar nicht beeinträchtigt fühlen und die, wenn sie in großen Sälen zusammenliegen, leicht durch ein einziges Individuum zu allerhand Uebergriffen sich verleiten lassen; auch aus diesem Grunde ist die Unterbringung derselben in kleineren Räumen angebracht. Aus demselben Grunde ist es erforderlich, daß jede derartige Abteilung — und gerade daran fehlt es gewöhnlich — mit geräumigen Gartenanlagen versehen ist, wo die Kranken in verschiedenen

Tagesstunden sich ergehen können. Auch könnte man, wie z. B. im Vestre-Hospital in Kopenhagen und auf der Abteilung für Venerische im Kieler städtischen Krankenhaus der Fall ist, Arbeitslustigen durch Schaffung von besonderen Arbeitsräumen Gelegenheit zur Ausfüllung der unfreiwilligen Mußezeit geben; natürlich dürfte ein Zwang zur Arbeit niemals ausgeübt werden.

5) Von großer Bedeutung für die Venerischen versprechen bei uns in Deutschland die Landesversicherungsanstalten zu werden. Auf Grund der §§ 18 und 45 des Invaliditätsgesetzes können die Anstalten selbst das gesamte Heilverfahren in die Hand nehmen — entweder so, daß sie auf ihre Kosten die Kranken einer bestehenden Anstalt überweisen und sich von den Krankenkassen nur das von dem Patienten zu beanspruchende Krankengeld ersetzen lassen — oder sie können (§ 45) eigene Heilanstalten errichten und in Betrieb nehmen. Sie könnten dann von den Krankenkassen entweder die ortsüblichen Sätze für die Krankenverpflegung verlangen oder aber wieder (§ 18) das vom Kranken zu beanspruchende Krankengeld sich ersetzen lassen.

Die Landesversicherungsanstalten sind mit ihren reichen Mitteln nicht nur in der Lage zu helfen, sie handeln im ureigensten Interesse, wenn sie diese klaffende Lücke in unserer öffentlichen Krankenfürsorge ausfüllen. Zweifellos ist der Prozentsatz von Invaliden infolge von. Geschlechtskrankheiten, wenn er auch zahlenmäßig nicht festzusetzen ist, ein sehr erheblicher. Ich verweise hier bloß auf die Tabiker und Paralytiker. Die Belastung des Invaliditätsetats durch die direkten oder indirekten Folgen der venerischen Krankheiten ist sicherlich eine ganz ungeheure, während auf der anderen Seite sich mit verhältnismäßig geringen Mitteln Vieles erreichen läßt.

6) Die unentgeltliche Behandlung Geschlechtskranker in Krankenhäusern, wie sie in Schweden, Norwegen, Dänemark und Ungarn, neuerdings auch in Italien und Bosnien gesetzlich fixiert ist und für Deutschland von manchen Autoren gefordert wird, würde ja für einen großen Teil der Bevölkerung durch das Krankenkassenwesen geregelt sein, wenn die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet wären, die Kurkosten in einem Krankenhause zu bezahlen. Aber auch für nicht bemittelte Geschlechtskranke, welche keiner Kasse angehören, ist die Krankenhausbehandlung sehr erschwert. Freilich werden, wo Abteilungen für Geschlechtskranke bestehen, auch Minderbemittelte manchmal ohne vorherige Bezahlung der Kurkosten aufgenommen. Aber diese werden nachträglich von ihnen zwangsweise eingetrieben, oder die Gemeinde des Heimatsortes wird für die Kurkosten nachträglich — falls der Kranke von vornherein erklärt, unbemittelt zu sein, sofort — regreßpflichtig gemacht. Diese in weiten Kreisen der Bevölkerung bekannte Thatsache hält natürlich viele Geschlechtskranke von der Inanspruchnahme der Krankenhäuser ab; denn es ist klar, daß für die meisten Menschen ein Bekanntwerden ihrer Geschlechtskrankheit in ihrer Heimat, vielleicht einem kleinen Dorf, etwas Niederdrückendes hat. Ich habe auch nicht selten erlebt, daß halbwegs ehrbaren Mädchen, die vielleicht wegen einer Gonorrhoe eine Zeit lang in der Charité gelegen hatten, durch das Bekanntwerden dieser Thatsache in ihrer Heimat die Rückkehr zu einem geordneten Lebenswandel vollkommen abgeschnitten wurde. Zweifellos liegt es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege, für diese Gruppe der Kranken nicht nur die un-

entgeltliche Krankenhausverpflegung einzuführen, sondern auch gesetzlich festzulegen, daß — wie dies z. B. in Ungarn durch Gesetz ausdrücklich bestimmt wird — für die Kurkosten in diesen Fällen nicht die Heimatsgemeinde, sondern entweder der Staat oder die Gemeinde, innerhalb deren die Heilung erfolgt, aufzukommen hat.

Auch die Versicherungsanstalten könnten hier sehr Ersprießliches wirken; denn auch sie haben ein großes Interesse an der Aufnahme dieser Kranken. Ist doch jeder einzelne dieser Kranken draußen eine wandelnde Infektionsquelle, die zu verstopfen und zu isolieren eine lohnende Aufgabe darstellt.

7) Ein sehr wichtiger Punkt bei der Krankenhausbehandlung der Venerischen ist die Fürsorge für die aus dem Krankenhaus Entlassenen, die, wie wir sahen, in den wenigsten Fällen als vollkommen geheilt gelten können, zumeist vielmehr noch einer ambulatorischen Nachbehandlung oder doch wenigstens einer länger dauernden, resp. periodischen Beobachtung bedürfen. Leider begehen viele Krankenhausärzte den großen Fehler, ihre Patienten bei der Entlassung nicht genügend darüber aufzuklären, ob und inwieweit eine solche Weiterbehandlung und Weiterbeobachtung nötig ist. Am besten würde der heute allgemein übliche Vermerk auf dem Entlassungsschein:

„Geheilt entlassen",

ersetzt durch den Vermerk:

„Gebessert entlassen, zur weiteren Beobachtung".

Dann würden bei der Meldung auf der Krankenkasse, denn in der Mehrzahl handelt es sich ja um Krankenkassenmitglieder, die Kassenbeamten jeden derartigen Patienten dazu bewegen, daß er bis zu seiner völligen Herstellung sich weiter behandeln und beobachten läßt.

8) Von großem Vorteil wäre die Errichtung von Ambulatorien oder poliklinischen Sprechstunden in Verbindung mit den Krankenhäusern. Einmal ließe sich die fortdauernde Kontrolle der aus dem Krankenhause Entlassenen dort auf die einfachste Weise bewerkstelligen. Dann aber würde, wie das z. B. in Wien und Paris geschieht, aus diesen Ambulatorien das Krankenhaus sein Krankenmaterial rekrutieren können, die Kranken würden — und das wäre der größte Nutzen dieser Einrichtung — viel leichter und viel häufiger dazu kommen, sich ins Krankenhaus aufnehmen zu lassen.

Es ist, wie ich vielfach beobachtet habe, ein großer Unterschied, ob der Arzt des Krankenhauses einem Patienten den Rat erteilt, sich sofort in das Krankenhaus aufnehmen zu lassen, oder ob man als Privatarzt seine Kranken aus der Sprechstunde oder der Poliklinik dorthin dirigieren will. Und wenn man zugiebt, daß die Anstaltsbehandlung für Venerische die wünschenswerteste ist, so muß man jede Einrichtung, die derselben Vorschub leistet, mit Freude begrüßen.

9) Von schädlicher Wirkung ist die in der deutschen Gesindeordnung, in der Seemannsordnung und — implicite wenigstens — im Handelsgesetzbuch vorgesehene Bestimmung, auf Grund deren Gesinde, Seeleute und Handelsangestellte im Falle einer geschlechtlichen Erkrankung ohne Kündigung sofort entlassen werden können. Diese Bestimmung hat nicht selten dazu geführt, daß geschlechtskranke Dienstmädchen brotlos geworden und der Prostitution anheimgefallen sind, und daß geschlechtskranke Matrosen,

in den Hafenstädten ans Land gesetzt, dort ihre Krankheit einfach weiterverbreitet haben. Es ist selbstverständlich keinem Familienvater zuzumuten, daß er in seinem Hause ein geschlechtskrankes Mädchen, eine beständige Gefahr für sich und seine Kinder, beherbergen soll; was man aber von ihm verlangen kann, ist, daß er das Mädchen nicht auf die Straße wirft, sondern daß er sie einem Krankenhause überweist.

Der jetzt augenblicklich im Reichstage vorliegende Entwurf einer neuen deutschen Seemannsordnung hat denn auch zwar dem Schiffseigner das Recht vorbehalten, einen geschlechtskranken Matrosen sofort zu entlassen, aber er legt ihm die Verpflichtung auf, denselben auf seine Kosten bis zur Dauer von 3 Monaten dem Krankenhause des nächstgelegenen Hafenortes zu überweisen. In ähnlicher Weise müßte auch die Verpflichtung, für das erkrankte Gesinde zu sorgen, gesetzlich festgelegt sein; und das ließe sich um so leichter durchführen, als fast allgemein, namentlich in größeren Städten, diese Verpflichtung durch eine Rückversicherung ihrer Härten beraubt ist.

Zwangs- und Strafbestimmungen.

Zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten vorgeschlagen worden und vereinzelt wohl auch hier und da zur Durchführung gelangt sind gewisse sanitätspolizeiliche Zwangsmaßregeln, welche eine obligatorische Meldepflicht für Venerische, sowie obligatorische Untersuchungen gewisser Bevölkerungsgruppen bezwecken.

Allgemeine obligatorische Meldepflicht für alle Fälle von venerischer Krankheit besteht meines Wissens nirdendwo (in Norwegen und Dänemark werden die Fälle, aber ohne Namensnennung, gemeldet). Seitens der preußischen Ministerien des Innern, des Krieges und der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten sind vor einiger Zeit den Aerzten die §§ 65—73 des Medizinalartikels vom 8. August 1835, welche längst der Vergessenheit anheim gefallen waren, wieder zur Beachtung empfohlen worden. Die wichtigsten der uns hier interessierenden Bestimmungen lauten folgendermaßen:

Anzeige der Kranken.

§ 65. Die Anzeige an die Ortspolizeibehörde ist nicht bei allen an syphilitischen Uebeln leidenden Personen ohne Unterschied erforderlich, sondern nur dann, wenn nach dem Ermessen des Arztes von der Verschweigung der Krankheit nachteilige Folgen für den Kranken selbst oder für das Gemeinwesen zu befürchten sind. In diesen Fällen ist der betreffende Arzt dazu verpflichtet, und eine Vernachlässigung seiner desfallsigen Obliegenheiten soll mit einer, in Wiederholungsfällen zu verdoppelten Geldstrafe von 5 Thlrn. geahndet werden.

Syphilitisch kranke Soldaten müssen von den sie etwa behandelnden Civilärzten dem Kommandeur des betreffenden Truppenteils oder dem dabei angestellten Oberarzt angezeigt werden.

Ermittelung der Ansteckungsquelle.

§ 69. Die Polizeibehörden haben dafür zu sorgen, daß die Aerzte und Wundärzte, besonders die bei den Krankenhäusern angestellten, wenn sie syphilitisch angesteckte Personen in die Kur nehmen, auszumitteln suchen und der Polizeibehörde anzeigen, von wem die Ansteckung her-

rühre, damit lüderliche und unvermögende Personen, von deren Leichtsinn die weitere Verbreitung des Uebels zu befürchten, und bei denen ein freiwilliges Aufsuchen ärztlicher Hilfe nicht zu erwarten ist, untersucht, in die Kur gegeben und überhaupt die zur Verhütung einer weiteren Verbreitung des Uebels durch die Umstände gebotenen Maßregeln getroffen werden können.

Obwohl nun § 65 die Anzeigepflicht nur für bestimmte Fälle voraussieht und in das Ermessen des Arztes stellt, würde die Befolgung dieser Vorschrift, wie dies treffend in einer ausführlichen Eingabe der Berliner dermatologischen Gesellschaft dargethan worden ist, zu den größten Unzuträglichkeiten führen, die Kranken den Kurpfuschern in die Hände treiben, die Aerzte leicht zu Fehlern und Taktlosigkeiten verleiten, während der Allgemeinheit nur wenig genutzt würde.

Wenn § 69 annimmt, daß es besonders unvermögende Personen sind, von deren Leichtsinn die Weiterverbreitung des Uebels zu befürchten ist, so wissen alle Aerzte nur zu gut, daß leider solche leichtsinnigen und gewissenlosen Menschen in allen Bevölkerungsschichten gleichmäßig zu finden sind. Die Diskretion aber, die der Arzt seinem wohlhabenden Patienten gegenüber beobachtet, ist auch der unvermögende von ihm zu fordern berechtigt.

Der Untersuchungszwang ist ganz allgemein natürlich ebensowenig durchführbar wie die Anzeigepflicht. Für gewisse Bevölkerungsschichten ist jedoch ein solcher Zwang, namentlich in den nordischen Ländern, schon eingeführt.

In Rußland bestehen (zumeist wohl auf dem Papier) mehrere derartige Verordnungen; so z. B. soll jeder Arbeiter, der seinen Paß einfordert (zum Wohnungswechsel), von einem Arzte untersucht werden; doch wird diese Bestimmung in der Regel umgangen. Tritt die Syphilis in ländlichen Bezirken epidemisch auf, so werden die Aerzte dorthin entsandt und die Kranken event. zwangsweise untersucht und behandelt. Auch für das Arbeitspersonal größerer Fabriken existieren derartige regelmäßig wiederholte Zwangsuntersuchungen.

In den anderen nordischen Ländern finden wir ähnliche Vorschriften, so sind z. B. in Finnland vorgeschrieben: Untersuchung heimkehrender Seeleute, Visitation und Ausstellung von Gesundheitsattesten mit dreimonatlicher Giltigkeitsdauer an ländliche Hausierer, Arbeitsleute, Knechte und Hökerinnen, die die Jahrmärkte besuchen, zwangsweise Untersuchung verdächtiger Weiber, namentlich bei Jahrmärkten, Einquartierungen, Gerichtssitzungen, im Krankheitsfalle zwangsweise Unterbringung derselben in Krankenhäuser, Untersuchung ankommender und entlassener Strafgefangener, Verbot des Verkaufs von Quecksilberarzneien durch Apotheker; bei auftretenden ländlichen Epidemien Untersuchung der Bewohnerschaft durch den Distriktsarzt, Wiederholung der Untersuchung nach 4—6 Wochen bei den krank Befundenen.

Man sieht, die meisten dieser Verordnungen sind den primitiven Kulturzuständen der nordischen Länder angepaßt und würden sich unter unseren höher entwickelten gesellschaftlichen Verhältnissen zumeist nicht durchführen lassen.

Aber auch bei uns sind derartige Visitationen für gewisse Be-

völkerungsschichten zum Teil in Kraft, zum Teil wenigstens frommer Wunsch eifriger Hygieniker.

Periodische Untersuchungen der Soldaten auf Geschlechtskrankheiten sind heute fast in allen Berufsarmeen üblich.

Aber es fehlt nicht an Stimmen unter den Fachmännern, welche auch hier eine solche Einrichtung für ganz verfehlt erachten. Töply z. B. erkennt den periodischen Visitierungen nur einen höchst problematischen Wert zu. Er hält dieselben für zu oberflächlich und daher für unzulänglich; nach seiner Meinung verhindern sie nur in geringem Grade die Verheimlichung venerischer Krankheiten, leisten ihr in vielen Fällen sogar Vorschub. Hingegen verspricht sich Töply von periodischen Untersuchungen, welche sich auf den gesamten Gesundheitszustand der Mannschaften beziehen, mehr Erfolg, namentlich aber von gemeinverständlichen Belehrungen der Rekruten, sowie der eingezogenen Reserve- und Landsturmmannschaften.

Für die Besatzungsmannschaften der Handelsmarine hat Jeannel schon vor Jahren eine zwangsweise Untersuchung beim Einlaufen der Schiffe vorgeschlagen und sogar die Grundzüge eines internationalen Vertrages zur Regelung dieser Frage ausgearbeitet. Nun ist ja sicherlich die Uebertragung der venerischen Krankheiten gerade durch und auf die Matrosen außerordentlich verbreitet, und es wäre sehr wünschenswert, ein prophylaktisches Mittel hiergegen zu haben. Aber, wie schon Crocq nnd Rollet ausgeführt haben, der Jeannel'sche Vorschlag ist gänzlich undurchführbar. Wer das Getriebe des modernen Schiffahrtsverkehrs auch nur annähernd kennt, wird wissen, daß derartige Visitationen der Besatzung sämtlicher einlaufender Schiffe auf das Vorhandensein von Geschlechtskrankheiten eine absolute Unmöglichkeit wären. Kein Staat würde auf einen solchen Vertrag eingehen. In Finnland, wo man sich vorübergehend mit einem solchen Projekt getragen hatte, hat man auch bald wohlweislich davon Abstand genommen. Nicht viel besser steht es mit dem anderen Jeannel'schen Vorschlag, diese Visitationen bei Abgang der Schiffe, gelegentlich der Prüfung der Anmusterungsrolle durch die Hafenbehörden, vorzunehmen. Einige Uebelstände würden hierbei vermieden werden; doch auch so würde ein Erfolg wohl kaum erzielt werden.

Die Forderung periodischer Untersuchungen der Arbeiter auf Syphilis, wie sie auch wiederholt auf medizinischen Kongressen gestellt worden ist, hält vor einer ernsthaften Kritik nicht stand. Derartige Untersuchungen wären eine ebenso überflüssige und gehässige, als glücklicherweise undurchführbare Maßregel. Eine Ausnahme macht hier allein das Gewerbe der Glasbläser, bei welchen in der That solche periodischen Untersuchungen im Interesse der Arbeiter selbst erforderlich und deshalb auch wohl ohne jeden Widerstand derselben durchführbar wären.

Ebenso wirkungslos wie die Zwangsmaßregeln, haben sich bisher alle Versuche erwiesen, vermittels des Strafgesetzbuches die Verbreitung der venerischen Krankheiten zu verhüten. (Ueber derartige Strafbestimmungen in Norwegen, Finnland, der Schweiz siehe mein Buch: „Syphilis und Prostitution“, S. 132 ff.) In einzelnen Staaten tritt eine Bestrafung erst ein, wenn eine Ansteckung erfolgt

ist. In Deutschland wird dieses Vergehen — freilich nicht allzu häufig — schon jetzt auf Grund der §§ 223 und 230 des R.Str.G.B. (vorsätzliche und fahrlässige Körperverletzung) bestraft. In Dänemark ist schon jemand strafbar, „der weiß oder eine Vermutung darüber hat, daß er mit einer venerischen Krankheit behaftet ist", wenn er in diesem Zustande geschlechtlich verkehrt. Eine gleiche Bestimmung hat als § 184a zu wiederholten Malen in der famosen lex Heinze figuriert. An und für sich ist ja die Bestrafung in einem solchen Falle sicher gerechtfertigt. Es giebt kaum eine gewissenlosere Handlungsweise als die eines Menschen, der, obwohl er weiß, daß er geschlechtskrank ist, weiter geschlechtlich verkehrt. Aber in praxi wird wohl selten der Nachweis erbracht werden können, daß der Beschuldigte gewußt habe, er sei noch krank und ansteckungsfähig, und das um so mehr, als in den meisten Fällen den Patienten im Laufe der Zeit das Bewußtsein ihrer Ansteckungsfähigkeit schwindet. Es ist ferner oft selbst nach stattgefundener Untersuchung schwer zu sagen, wer von 2 Individuen — von denen doch der eine als Kläger oder Denunziant auftritt — der Infizierende und wer der Infizierte gewesen ist; in den meisten Fällen wird eine Entscheidung nicht möglich sein.

Ein viel wirksameres Mittel als Zwangs- und Strafmaßregeln ist zweifellos die Aufklärung des Volkes über die Gefahren, welche ihm durch die venerischen Krankheiten und insbesondere von seiten der Prostitution drohen. Sicher ist die Furcht vor den Geschlechtskrankheiten ein heilsames Abschreckungsmittel, ein mächtiges Bollwerk gegen allzufrühen und allzuhäufigen Verkehr mit Prostituierten, weit mächtiger sicherlich, als die traditionellen Moralvorstellungen, die, wenn sie nicht schon auf der Schulbank zerstört werden, bei den Meisten sich schon mit dem ersten Eintritt in die große Welt verflüchtigen.

Diese nur zu berechtigte Furcht namentlich bei der männlichen Jugend beständig rege zu halten, scheint mir eine sehr dankenswerte Aufgabe. So müßten durch populäre Vorträge die Mitglieder von Krankenkassen und Vereinen, die Rekruten, Studenten, Seminaristen usw. über die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, über ihre Verbreitungsweise, über die Gefahren des Verkehrs mit Prostituierten etc. belehrt werden. Auch volkstümliche Schriften, zu billigem Preise, von Männern der Wissenschaft verfaßt und in ernstem Tone gehalten, könnten hier viel Gutes stiften. Eine solche populäre Schrift, betitelt: „Die Geschlechtskrankheiten, ihre Gefahren, Verhütung und Bekämpfung" habe ich vor kurzem im Auftrage der Centralkommission der Krankenkassen Berlins verfaßt. Dieselbe ist dazu bestimmt, in vielen Tausenden von Exemplaren an die Beamten und Mitglieder der deutschen Krankenkassen verteilt zu werden. Nicht, daß ich es für richtig hielte, der heranwachsenden Jugend Keuschheit zu predigen; derartige Predigten verfehlen in der Regel ihren Zweck. Sie basieren auf Moralvorstellungen, die zwar in der Sittenlehre der verschiedenen Religionen eine große Rolle spielen, die aber dem wirklichen Fühlen und Empfinden unserer Zeit völlig fremd sind und daher das Handeln der Menschen, wenigstens der Majorität der Menschen, nicht beeinflussen. Auf der anderen Seite freilich ist die Ermunterung der Jugend

zum außerehelichen Geschlechtsverkehr als einer notwendigen und der Gesundheit förderlichen Sache ebenso verwerflich. Eine gesunde Aufklärung sollte verstehen, zwischen diesen beiden Extremen die Mitte zu halten. Ich glaube, in der erwähnten, für die deutschen Krankenkassen geschriebenen Broschüre mit folgenden Ausführungen den richtigen Ton getroffen zu haben:

„Die Annahme, daß die Kontrolle der Prostituierten einen Schutz gegen Ansteckung gewährt, ist ein leider sehr verbreiteter und verhängnisvoller Irrtum. Man kann vielmehr sagen, daß jeder, der mit einer Prostituierten oder mit einem leichtsinnigen Mädchen verkehrt, sich **jedesmal** in eine große Gefahr begiebt.

Der beste Schutz ist früh heiraten. Leider bringen es die wirtschaftlichen Verhältnisse mit sich, daß die wenigsten Menschen zur Zeit ihrer beginnenden Geschlechtsreife einen eigenen Hausstand und eine Familie ernähren können. Was sollen die anderen aber thun? Den Menschen Keuschheit und Enthaltsamkeit predigen, heißt die menschliche Natur verkennen. Das geschlechtliche Bedürfnis ist beim Menschen wie bei allen anderen Wesen ein ganz natürliches. Sicher ist es nicht so stark und so zwingend wie das Bedürfnis nach Speise und Trank; es kann bei jedem zeitweilig und bei manchem dauernd ohne Gesundheitsschädigung unterdrückt werden. Was aber für den einen und den anderen zutrifft, gilt nicht für die Gesamtheit, für welche der Geschlechtsverkehr zweifellos ein Bedürfnis ist.

Um nicht mißverstanden zu werden: Ein Bedürfnis für die Gesamtheit ist noch lange nicht ein Bedürfnis für einen jeden aus der Gesamtheit. Die in den Kreisen junger Leute weit verbreitete Annahme, man müsse „der Gesundheit halber“ alle paar Wochen einmal den Beischlaf ausüben, ist ganz unsinnig. So lange jemand kein dringendes, unwiderstehliches geschlechtliches Bedürfnis empfindet, ist die Ausübung des Beischlafes auch völlig überflüssig und entbehrlich. Es giebt Hunderte und Tausende von jungen Leuten und jungen Mädchen, die monatelang, ja jahrelang kein solches Bedürfnis empfinden und sich sehr wohl dabei fühlen. Aber diesen stehen wieder andere Tausende gegenüber, welche infolge eines angeborenen starken Geschlechtstriebes, infolge häufigen Verkehrs mit dem anderen Geschlecht, durch Lektüre oder Gespräche, oft auch durch den Alkoholgenuß mehr oder minder häufig in einen Zustand starker sinnlicher Erregung geraten. Das sind Thatsachen, die in dem Wesen der menschlichen Natur und der menschlichen Gesellschaft begründet sind und denen Keuschheitspredigten ohnmächtig gegenüber stehen“*).

Von besonderer Wichtigkeit scheint mir aber die Aufklärung der Geschlechtskranken selber zu sein. Ein jeder Geschlechtskranker muß wissen, wie lange er ansteckungsfähig ist, auf welche Weise er seine Krankheit weiter verbreiten kann, wie er seine Umgebung vor Ansteckung schützt und woran er, wenigstens nach Laien-

*) Ich habe in dieser Schrift auch keine Bedenken getragen, einige kurze Bemerkungen über die persönliche Prophylaxe, über die üblichen Schutz- und Vorbeugungsmittel, Waschungen, Condoms etc. zu machen. Davon nicht reden, wäre meines Erachtens Heuchelei. — Hier, wo ich nur die öffentliche Prophylaxe abhandle, dieses Gebiet zu berühren, schien mir nicht am Platze.

art, erkennen kann, daß seine Krankheit noch nicht vollkommen geheilt ist. Alles das ist den Patienten in einem gedruckten Formular an die Hand zu geben, wie ich das schon seit Jahren in meiner privaten, klinischen und poliklinischen Klientel thue, und wie dies jetzt schon eine ziemlich weit verbreitete Sitte unter den Syphilidologen ist. Hier die beiden für Syphilitiker und Gonorrhoiker bestimmten Formulare:

Verhaltungsmassregeln für Syphilitiker.

Vor Beginn der Kur ist der Mund von einem Zahnarzt zu revidieren; schlechte Zähne und Wurzeln sind zu entfernen.

Während der Kur müssen Sie, um den Mund rein zu halten, stündlich mit dem verordneten Gurgelwasser gurgeln, insbesondere nach jeder Mahlzeit und vor dem Schlafengehen. Das Rauchen ist während der Kur streng verboten.

Zu meiden sind während der Kur alle schwer verdaulichen Speisen, wie rohes Obst, Salate, scharfe, saure, sowie insbesondere solche Getränke und Nahrungsmittel, die Durchfall erzeugen; hingegen ist kräftige, nahrhafte Kost geboten. Tritt Speichelfluß, Durchfall oder Leibweh auf, so müssen Sie dies dem Arzt sofort melden.

Während und nach der Kur müssen Sie solide leben, früh schlafen gehen und dürfen alkoholische Getränke nur in mäßigen Quantitäten zu sich nehmen.

Die Dauer der Kur hängt nicht vom Ermessen des Kranken, sondern vom ärztlichen Urteil ab. Sie dürfen also nicht wegbleiben, wenn Sie gesund zu sein glauben, sondern erst dann, wenn der Arzt die Kur für beendet erklärt.

Ihre Krankheit ist nicht mit einer einmaligen Kur zu heilen.

Sie werden voraussichtlich einige Zeit nach Beendigung der Kur wieder etwas von Ihrer Krankheit spüren (z. B. offene Stellen oder Schmerzen im Munde oder im Hals oder an den Geschlechtsteilen oder Ausschlag am Körper).

Sobald sich, gleichviel wie lange nach beendeter Kur, irgendwelche neue Krankheitszeichen einstellen, so kommen Sie sofort zum Arzt — je früher dagegen eingeschritten wird, desto kürzer währt die Behandlung, desto sicherer ist der Erfolg.

Auch ohne daß sich Krankheitserscheinungen zeigen, müssen Sie sich die erste Zeit nach Beendigung der Kur alle 4—6 Wochen, später alle Vierteljahr vorstellen.

Auch nach Beendigung der Kur ist es zweckmäßig, häufig warme Wannenbäder und Dampfbäder zu nehmen.

Die Krankheit, welche Sie haben, ist lange Zeit hindurch ansteckend, Monate und oft Jahre, nachdem die sichtbaren Krankheitserscheinungen abgeheilt sind. Während dieser ganzen Zeit dürfen Sie weder den Beischlaf ausüben, noch andere Personen küssen oder mit ihnen die gleichen Handtücher, Trinkgefäße, Löffel, Messer und Gabeln benutzen.

Ohne vorherige Rücksprache mit dem Arzt dürfen Sie nicht heiraten oder, wenn Sie schon verheiratet sind, den Geschlechtsverkehr wieder aufnehmen. Sollten Sie später einmal in die Behandlung eines anderen Arztes kommen, so sagen Sie unaufgefordert, daß Sie an Syphilis gelitten und dagegen eine (Schmier- oder Spritz-)Kur gebraucht haben.

Vorschriften für Tripperkranke.

1) Der Patient muß für täglich 1—2maligen Stuhlgang sorgen.

2) Verboten sind anstrengende körperliche Bewegungen, wie Turnen, Tanzen, Kegelschieben, Radfahren, viel Laufen, sowie vor allem die Ausübung des Beischlafs.

3) Verboten sind Bier (auch Weißbier), Schnaps, Wein, scharfe Getränke und Nahrungsmittel; Käse, Mostrich und starke Gewürze.

4) Erlaubt sind Suppen, Gemüse, Fleisch, Fett, milde Saucen, Weiß- und Schwarzbrot, Kaffee, Thee, Milch, Kakao, in kleinen Mengen auch Selterwasser, Rotwein mit Wasser, Limonade — viel Wasser und milde Getränke sind namentlich zu Beginn der Krankheit geboten. — Kurz vor dem Schlafengehen nicht viel essen und trinken!

5) Das Glied ist stets rein zu halten, täglich mehrmals mit kaltem Wasser zu waschen, bei starkem Ausfluß ein Leinwandläppchen vor die Harnröhrenmündung zu legen. Die Hände müssen nach Berührung des Gliedes jedesmal gewaschen werden.

6) Damit der Patient in der Sprechstunde urinieren kann, ist mehrere Stunden vor derselben kein Urin zu lassen.

7) Sind Einspritzungen verordnet, so muß vor jeder Einspritzung Urin gelassen werden. Der Stempel der Spritze ist langsam vorzuschieben und die Flüssigkeit 1—2 Minuten in der Harnröhre zu lassen.

8) Der Tripper ist noch nicht geheilt und die Ausübung des Beischlafes noch nicht gestattet, wenn der Ausfluß verschwunden ist, sondern erst dann, wenn die Untersuchung des Urins durch den Arzt keinerlei Krankheitserscheinungen mehr erkennen läßt.

Ein nicht zu unterschätzendes Hindernis im Kampfe gegen die venerischen Krankheiten ist die leider in fast allen Kulturstaaten anzutreffende ungenügende Vorbildung der Aerzte in diesem Fach. Da die Syphilis in den meisten Staaten weder ein obligatorischer Lehr- noch Prüfungsgegenstand ist, so wird sie fast überall von den Studenten vernachlässigt, und es ist oft erschreckend, welche Unwissenheit gerade in diesem Fache sonst sehr tüchtige Mediziner an den Tag legen und — ohne diesen Mangel als eine empfindliche Lücke in ihrer medizinischen Bildung zu empfinden — offen eingestehen! Daß ein solcher Mißstand für die Gesundheitspflege nicht dienlich sein kann, ist offenbar. Die Forderung einer gründlichen Ausbildung der Aerzte in der Dermatologie und Venerologie ist daher schon seit Jahren von sachverständiger Seite immer wieder gestellt worden. Insbesondere haben 1890 Neißer und 1899 auf dem Brüsseler Kongreß Kaposi diese Forderung in eingehender und sachgemäßer Weise begründet. Danach sollten in allen medizinischen Fakultäten mit den anderen Kliniken gleichwertige Abteilungen für Dermatologie und Syphilis errichtet werden. Diese Fächer müßten obligatorische Lehr- und Prüfungsgegenstände sein, und die Aerzte,

welche in irgendwelcher öffentlichen Thätigkeit mit der Behandlung oder Bekämpfung der venerischen Krankheiten zu thun haben, müßten verpflichtet sein, mindestens sechs Monate in einer Spezialklinik oder Krankenabteilung thätig gewesen zu sein.

Auch das niedere Heilpersonal — Hebammen und Heilgehilfen — müßte, wie dies z. B. jetzt in Preußen auf ministerielle Anordnung geschieht, durch praktische demonstrative Vorführungen kurz über die wichtigsten Zeichen der Syphilis belehrt werden. Der Gefahr, daß man dadurch Kurpfuscher großzieht, läßt sich durch eine strengere Ueberwachung dieser beiden Berufsgruppen wohl vorbeugen.

Der Nutzen eines allgemeinen Kurpfuschereiverbotes scheint mir sehr zweifelhaft; man wird dadurch doch nicht verhüten, daß die Geschlechtskranken sich an die Kurpfuscher wenden — deren es ja auch unter den approbierten Aerzten eine nicht geringe Zahl giebt. Ist doch auch — in Deutschland wenigstens — ein so großer Teil der Bevölkerung in Krankenkassen versichert, daß, sofern nur die Kassenärzte bei ihrer Klientel Vertrauen zu erwecken verstehen, dadurch allein schon dem Kurpfuschertum ein wirksamer Riegel vorgeschoben wird. Aufklärung des Publikums auf der einen Seite, gediegene Vorbildung der Aerzte auf der anderen sind hierzu die geeignetsten Mittel.

(In der nachstehenden Zusammenstellung sind aus der ungeheuren Litteratur über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten nur einige der wichtigsten Arbeiten und Werke aufgeführt.)

Acton, William, *Prostitution in its various Aspects*, 2. *Edit. London* 1874.

Alexander, Harriet, *Körperliche Anomalien der Prostituierten, Medical Standard* 16. *Bd.* 12. *Aug.* (1893), *Monatsh.* 18. *Bd.* (1894) 456.

Asverus, *Ueber die Prostitution und venerischen Erkrankungen, Arch. f. öffentl. Geshpfl. in Elsaß-Lothringen* 9. *Jahrg.* (1884) 179.

Augagneur, Victor, *La prostitution des filles mineures, Paris* 1888.

Barthélemy, T., *Syphilis et santé publique, Paris* 1890.

Baudouin, *Die Prostitution in Amerika, Progrès méd. No.* 41 (1893), *Monatsh.* 18. *Bd.* (1894) 194.

Becker, W. A., *Charikles, Leipzig* 1840.

Behrend, Fr. J., *Die Prostitution in Berlin, Erlangen* 1850.

Beratung und Beschlußfassung über die Thesen der Kommission zur Vorbeugung der Syphilis etc., Berl. Med. Gesellschaft April-Juli 1892, *Berl. klin. Wochenschr.* (1892).

Bergmann, *Die Lues in Livland und die Mittel zur Abwehr derselben (verhandelt in der* 3. *Sitzung des III. livländischen Aerztetages), St. Petersburger med. Wochenschr.* (1892) *No.* 2.

Bericht der Kommission des internationalen Kongresses in Paris 1867, *erstattet von Crocq und Rollet, Uebersetzt von Pick, Arch. f. Dermat u. Syphilis* (1870).

Bernstein, Arthur, *Die gesundheitsschädlichen Folgen der Prostitution, Aerztliche Sachverständigen-Zeitung* 1897, 193—196.

Bieber-Boehm, Hanna, *Vorschläge zur Bekämpfung der Prostitution, Berlin* 1895.

Birkbeck-Nevins, *Influence de la Réglementation au point de vue sanitaire, Genève* 1896.

Blackwell, Elisabeth, *Rescue work in Relation to Prostitution and Disease,* 1881.

Blaschko, A., *Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen u. Heilanstalten, Berlin* 1890; *Zur Prostitutionsfrage, Berl. klin. Wochschr.* (1892) 430—435; *Lex Heintze, Syphilis und Reichsseuchengesetz, Deutsch. med. Wochenschr.* (1893) 385; *Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, Berlin* 1893.

Blokusewski. *Zur Austilgung der Gonorrhoe, Allg. med. Centralztg.* (1898) *No.* 100/101; *Zur Verhütung der gonorrhoischen Infektion beim Manne, Dermatol. Zeitschr.* 11. *Bd.* 325.

Brasch, Martin, *Ueber die zur Bekämpfung der Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten erforderlichen sanitätspolizeilichen Maßregeln, Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 30. *Bd.* 3. *Heft* 522.

Bröse. *Zur Aetiologie, Diagnose u. Therapie der weiblichen Gonorrhoe, Deutsch. med. Wochenschr.* (1893) *No.* 16.

Bröse u. **Schiller**, *Zur Diagnose der weibl. Gonorrhoe, Berlin. klin. Wochenschr.* (1898) *No.* 26.
Buret, *Die Syphilis im* 18. *Jahrhundert, Journ. de mal. cutan. et syph.* 6. *Bd.* 340.
Butte, L., *Ueber den Wert der Statistik in der Prostitutionsfrage, Ann. de la Policlin. de Paris*, 4. *Bd.* 137.
du Camp, M., *Paris, ses organs etc.* 7. *éd.* 1883 3. *vol.*
Carlier, F., *Les deux prostitutions*, 2. *édit. Paris* 1889.
Chotzen, Martin, *Die Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten, Deutsch. med. Wochenschr.* (1899) *No.* 23 u. 24.
Commenge, O., *Hygiène sociale, La prostitution clandestine à Paris, Paris* 1897; *La prostitution devant l'Académie médecine de Belgique, Paris* 1888; *Recherches sur la maladies vénériennes à Paris dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementaire de* 1878—1887, *Paris* 1890.
Conférence internationale *pour la Prophylaxis de la Syphilis et des maladies vénériennes, tenue à* **Bruxelles** 4—9 *septembre* 1899, *Comptes rendus*, 3 *Bände, Bruxelles* 1899—1900.
Corlieu, A., *La prostitution à Paris, Paris* 1888.
Combet, Louis, *De la prostitution, les causes, les remèdes, Nouv. éd. Lyon* 1886.
Debray, Th. F., *Histoire de la prostitution et de la débauche chez tout les peuples du globe, depuis l'antiquité la plus reculée jusqu' à nos jours, Lagny* 1887.
Deck, Louis, *Syphilis et réglementation de la prostitution en Angleterre et aux Indes, Étude de statistique médicale de* 1866 *à* 1896, *Paris* 1898.
Desprès, A., *La prostitution en France. Études morales et démographiques avec une statistique générale de la prostitution en France, Paris* 1893.
Dibot, H., *Extinction des maladies vénériennes, Moyens préservatifs généraux, particuliers et spéciaux avec un exposé de la prostitution, Paris* 1884.
Diday, *Eradication de la syphilis, état de la question. Semaine médicale*, 4. *Bd.* 1883; *Assainissement méthodique de la prostitution, Bull. de l'Acad. de méd.* (1888) 10. *avril.*
Dupouy, *Prostitution dans l'antiquité, Paris* 1887.
Ehlers, *Die Syphilis in Kopenhagen, Hosp.-Tid. 11*, 696; *Die Syphilis in Kopenhagen (Syfilis i Københaven, Saertryk af Ugeskrift for Laeger* 1898.)
Erler, Joseph, *Der Kampf gegen die Prostitution, Deutsch. Gemeinde-Ztg.* (1889) 213—217, 221—223.
Fedorow, A., *Die Prostitution in St. Petersburg und deren polizeiärztliche Beaufsichtigung, Arch. f. Dermat. u. Syph.* (1893) 395, 441.
Fiaux, L., *Police des mœurs, Paris* 1888; *La prostitution en Belgique, Progrès médical* (1892) *no.* 1, 2, 3, 4, 6; *La prostitution en Russie, Progrès médical* (1893) 153.
Flesch, Max, *Prostitution und Frauenkrankheiten, Hygienische und volkswirtschaftliche Betrachtungen, Frankfurt a. M.* 1898.
Focke, W. O., *Die Prostitution in ethischer und sanitärer Beziehung, Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Geshpfl.* 20. *Bd.* (1888) 121—136.
Fokker, *Bericht der Kommission zur Untersuchung des Vorkommens von syphilitischen und venerischen Krankheiten in der Gemeinde Groningen, Nederl. Tijdschr. v. Geneesk, Amsterdam* 29. *Bd.* 289.
v. Foller, *Statistische Notizen aus der ärztlichen Thätigkeit bei der Berliner Sittenpolizei, Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Geshpfl.* 18. *Bd.* 238; *Statistisches zur Berliner Sittenpolizei, ebendas.* 23. *Bd.* 297.
Forel, Aug., *Einige Worte über die reglementierte Prostitution in Kiew und über die sexuelle Hygiene, Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte* 19. *Bd.* (1889) *No.* 17.
Fournier, A., *Statistische Untersuchungen über den Ursprung der Syphilis beim Weibe, Ann. de dermatol. et syphilogr.* 8. *Bd.*; *Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis, Uebersetzt von E. Lesser, Leipzig* 1888; *Prophylaxie de la syphilis par le traitement, Paris* 1900.
Frank, Joh. Peter, *Medizinische Polizei, Mannheim* 1780.
Friedrich, Wilhelm u. **Török, Ludwig**, *Die Statistik der venerischen Krankheiten in geschlossenen Kreisen und der Prophylaxe derselben, Ungar. med. Presse* 2. *Bd. No.* 52.
Giersing, O. M., *Les maladies vénériennes dans l'armée et la flotte danoise, Revue de morale progr. juin* 1887; *Les mal. vén. à Copenhague, ibid., dec.* 1887; *Les mal. vén. dans les provinces danoises, ibid., dec.* 1888; *Zur Prophylaxe der venerischen Krankheiten und ein darauf zielender Gesetzvorschlag, Ugeskr. f. Laeger* 35. *Bd.* 278, *Deutsch. med. Ztg.* (1893) *No.* 13; *Die Abschaffung der öffentlichen Prostitution in unsern Städten, Ugeskr. f. Laeger* (1894) *No.* 52.
Guyot, Yves, *La Prostitution, Etude de physiologie sociale, Paris* 1882.
Grasiansky, *Recherches statistiques sur les maladies vénériennes dans la classe des Prostituées à St. Pétersbourg, Arch. de méd. legale et de police médicale, sept.* 1871 *no.* 3.
Havas, Adolf, *Die Prophylaxis der venerischen Krankheiten unter den Arbeitern, Wien. med. Presse* 36. *Jahrg.* (1895) 1225.

Hegar, *Der Geschlechtstrieb*, *Stuttgart* 1894.
Henne am Rhyn, Otto, *Die Gebrechen und Sünden der Sittenpolizei aller Zeiten, vorzüglich der Gegenwart. Leipzig* 1893.
Hoeffel, *Vortrag über die Prostitutionsfrage, Arch. f. öffentl. Gesundheitspfl. in Elsaſs-Lothringen* 17. *Bd.* 180.
Holst, Axel, *Zur Geschichte der Prostitutionsfrage in Norwegen, Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 19. *Bd.* (1897) 285.
Hoppe-Seyler, G., *Der neue Pavillon für venerische Frauen in Kiel. Ein Beitrag zur Frage der zweckmäſsigen Unterbringung derselben in Krankenhäusern, Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 19. *Bd.* (1897) 300—305.
Hülsmeyer, C., *Staatsbordelle. Praktische Lösung der Prostitutionsfrage, Hagen i. W.* 1892.
Hügel, *Zur Geschichte, Statistik und Regelung der Prostitution, Wien* 1865.
Huisinga, J., *Des mesures prophylactiques efficaces à prendre contra la propagation des affections syphilitiques et vénériennes, Bruxelles* 1891.
Jadassohn, J., *Bericht über eine zum Studium der Prostitution und der Prophylaxe der venerischen Krankheiten unternommene Reise, Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 26. *Bd.* (1894) 143—245.
Jeannel, *La prostitution dans les grandes villes au dix-neuvième siècle et de l'extinction des maladies vénériennes* (*deutsche Uebersetzung Erlangen* 1869), 2. *éd.* 1874.
Jessner, *Die Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege bei der Verhütung der venerischen Krankheiten, Fortschr. der öffentl. Gesundheitspfl.* 2. *Jahrg.* (1893); *Zur Prostitutionsfrage, Monatsh. f. prakt. Dermat.* 15. *Bd.* (1892) 553 *ff.*
Joseph, *Die Prophylaxe der Haut- und Geschlechtskrankheiten, München* 1900.
Kaposi u. Thiry, *Gesundheitliche und sittliche Gefahren der Prostitution für die Bevölkerung. Maſsregeln zur Bekämpfung der Prostitution im allgemeinen wie im besonderen auf internationalem Wege, Verhandl. des X. internat. med. Kongresses, Berlin* 1890, 5. *Bd. Abtlg.* 15, 10—21.
Keben, Georg, *Die Prostitution und ihre Beziehungen zur modernen realistischen Litteratur, Zürich* 1892.
Kjellberg, J., *Einige statistische Studien über die venerischen Krankheiten in Schweden* (*mit* 1 *Tafel*), *Hygiea* 57. *Bd.* (1895) *No.* 7, 1.
Klein, G., *Die Gonorrhoe des Weibes, Berlin* 1896.
Kopp, *Die Verbreitung der venerischen Erkrankungen und speciell der Syphilis durch die Prostitution, Verhandlungen in der Gesellsch. deutsch. Naturforscher u. Aerzte,* 65. *Vers.* 1893, 2. *Teil,* 2. *Hälfte* 313—320.
Kopytowsky, *Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken und anderen Bakterien im Sekret des Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituierten, Arch. f. Dermat. u. Syphilis* 32. *Bd.* 5. *Heft* (1895), *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 21. *Bd.* (1895) 593.
Kromayer, E., *Zur Austilgung der Syphilis, Berlin* 1898.
Kühn, Julius, *Die Prostitution im* 19. *Jahrhundert. Ihre Gefahren und deren Abwendung, Leipzig* 1892.
Lang, Ed., *Ueber Vorbauung der venerischen Krankheiten, Wiener Klinik* 1. *Heft* (1894).
Lappe, John, *Statistische Beiträge zur Blennorrhoe der Prostituierten, Allg. med. Centralztg.* (1897) *No.* 7.
Lardier, *Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne, Paris* 1891, 40 *pag.*
Lassar, O., *Die Prostitution zu Paris, Berlin. klin. Wochenschr.* 29. *Jahrg.* (1892) 85—90; *Die gesundheitschädliche Tragweite der Prostitution. Eine sozial-medicinische Betrachtung, Berlin* 1892.
Lecour, Charles, *La prostitution à Paris et à Londres* 1789—1877, 3. *éd. revue corrigée et augmentée, Paris* 1878; *De la prostitution de ses conséquences et de sa réglementation, Paris* 1884.
Le Fort, Léon, *De la prostitution dans ses rapports avec la propagation des maladies vénériennes, Paris* 1888.
Le Pileur, L., *Prophylaxie de la syphilis. Réglementation de la prostitution à Paris, Clermont* 1888; *De l'hospitalisation des prostituées vénériennes, Paris* 1889.
Leppmann, A., *Ueber die zur Verhinderung der Verbreitung der Syphilis erforderlichen sanitätspolizeilichen Vorschriften, Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph.* 15. *Bd.* (1884).
Loewe, Phil., *Die Prostitution aller Zeiten und Völker mit besonderer Berücksichtigung von Berlin, Berlin* 1852.
Lux, H., *Die Prostitution, ihre Ursachen, ihre Folgen und ihre Bekämpfung, Berliner Arbeiterbibliothek* 3. *Serie,* 9. *Heft.*
Martineau, *La prostitution clandestine, Paris* 1885.
Mauriac, Ch., *Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris, Paris* 1875/76.

Miehe, W., *Ueber den Einflufs der Kasernierung der Prostitution auf die Ausbreitung der Syphilis, Arch. f. Dermat. u. Syph.* 31. *Bd.* 3. *Heft* (1895), 32. *Bd.* 1. *u.* 2. *Heft* (1895).

Mireur, H., *Le pornographe ou idées d'un honnête homme sur un projet de règlement pour les prostituées propre à prévenir les malheurs qu'occasionne le publicisme du femmes. avec des notes historiques et justificatives et une étude critique, Bruxelles* 1880; *La prostitution à Marseille, histoire, administration et police, hygiène, Paris* 1883; *La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi, Paris* 1888.

Moeller, *Die Prostitution vor der Wissenschaft und den Thatsachen, Journ. des mal. cut. et syph.* 2. *Bd.* 297; *Réglementation de la prostitution, Bruxelles* 1887; *Die Beaufsichtigung der Prostitution in Belgien vom sanitären Gesichtspunkte, Journ. des mal. cut. et syph.* 4. *Bd.* 372.

Mounier, G. J. D., *De prostitutie questie, Bedenkingen en opmerkingen naar aanleiding van het behandelde in de vergadering van moderne god geleerden gehouden te Amsterdam* 28/29 *Maart* 1883, *Utrecht* 1883; *De zoogenaamde prostitutie regeling te Utrecht in hare onhondbaarheit voorgesteld, naar aanleiding van de jongste zittingen van de gemeende saad, Utrecht* 1884; *Het beginsel van politietopzicht op de prostitute, getoets aan moraal, recht en hygiene, Utrecht* 1885; *Recherches sur la signification de la statistique des maladies vénériennes et syphilitiques dans l'armée de Royaume des Pays-Bas, Genève* (*La Haye*) 1889.

Müller, Eug., *Die Prostitution. Ansichten und Vorschläge auf dem Gebiete des Prostitutionswesens, Münch. med. Abhandl.* 6. *Reihe* 3. *Bd.* (1892) No. 5.

Müller, Friedrich Wilhelm, *Die Prostitution in socialer, legaler und sanitärer Beziehung, die Notwendigkeit und der Modus ihrer Regelung. Eine sozial-medicinische Studie, Erlangen* 1868.

Neifser, Albert, *Ueber den Nutzen und die Notwendigkeit von Spezialkliniken für Haut- und venerische Kranke, Klin. Jahrb.* 2. *Bd.* (1890) 194—211; *Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchung, Deutsch. med. Wochenschr.* (1890) 834—837; *Ueber die Bedeutung der Gonokokken für Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe, Ref. auf der* 68. *Naturforscher-Vers. zu Frankfurt a. M.* 1896 *u. Discussion; Ueber die Gonorrhoebehandlung Prostituierter, Berlin. klin. Wochenschr.* (1898) *No.* 10.

Neumann, S., *Die Berliner Syphilisfrage, Berlin* 1852.

Neumann, J., *Die Prophylaxis der Syphilis, Wien* 1889; *Die Regelung der Prostitution vom juristischen und medizinischen Standpunkte, Wien* 1890.

v. Oettingen, *Die Statistik in ihrer Bedeutung für die Sozialethik, Erlangen* 1882; *Moralstatistik.* 3. *Aufl.*

Oppenheimer, *Zur Frage der Ueberwachung der Prostitution, Arch. f. öffentl. Gesundheitspfl. in Elsafs-Lothringen* 18. *Bd.* (1896) 97—120.

Pappenheim, *Handbuch der Sanitätspolizei, Berlin* 1870.

Parent-Duchatelet, A. J. B., *De la prostitution dans la ville de Paris,* 3. *éd. par* **A. Trébuchet** *et* **Poirat-Duval**, *Paris* 1857.

Patschke, P. F., *Die Prostitutionsfrage vor dem Forum der Berliner medizinischen Gesellschaft, Streitfragen, wissenschaftliches Fachorgan der deutschen Sittlichkeitsvereine,* 3. *Jahrg.* 1. *Heft* (1894) 32.

Pellizzari, *Una riforma abortita a proposito di un rapporto del professore Tarnowsky sulla prostituzione in Italia, Estratto dal commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie. Anno II no.* 2—3, *Siena* 1894 *und Revue de morale progressive, Genève* 1894.

Pelman, C., *Ueber die Stellung des Staates zur Prostitution, Centralbl. f. allgem. Gesundheitspfl.* 4. *Bd.* (1885) 181—199.

Petersen, O., *Ueber die Mittel zum Kampf mit der Syphilis in Rufsland, Wratsch* (1895) *No.* 31.

v. Petersen, O. u. v. Stürmer, *Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und Prostitution in Rufsland, Berlin* 1899.

Pierson, H., *Die Prostitutionsfrage vom Standpunkte der medizinischen Wissenschaften des Rechtes und der Moral. Vortrag, Mühlheim* 1885.

Pippingskjöld, J., *Quelques mots sur la prostitution, Helsingfors* 1888; *Des mesures hygiéniques à l'égard de la prostitution en Finlande, Helsingfors* 1890.

Potton, *De la prostitution et de ses consequences dans les grandes villes et en particulier dans la ville de Lyon, Paris* 1842.

Proksch, *Die Vorbauung der venerischen Krankheiten, vom sanitätspolizeilichen, pädagogischen und ärztlichen Standpunkte aus betrachtet, Wien* 1872; *Die Litteratur über die venerischen Krankheiten. Bonn* 1889—91, *Supplementband* 1899 (*enthält die Titel von vielen*

Hunderten von Abhandlungen über Prostitution und Prophylaxe der venerischen Krankheiten).
Die Prostitution in Berlin und ihre Opfer, Berlin 1846.
La prostitution d'État en Italie, Lettre de M. Tommasi-Crudeli à M. de Lavelaye, Bruxelles 1891.

Rabutaux, *De la prostitution en Europe depuis l'antiquité jusqu'à la fin de XVI siècle, Paris* 1851.

Reclam, Carl, *Die Ueberwachung der Prostitution, Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 1. *Bd.* (1869) 379—395.

Réglement *sur la prostitution de la ville de Bruxelles, Bruxelles* 1879.

Renk, *Prostitution, Handwörterbuch der Staatswissenschaften* 5. *Bd.* 295—306.

Reuss, L. L., *Prostitution au point de vue de l'hygiène et de l'administration en France et à l'etranger, Paris* 1889.

Rey, L., *Die öffentliche und heimliche Prostitution und die prostituierten Frauen, nebst den Mitteln, den unglücklichen Folgen und der weiteren Verbreitung der Syphilis Einhalt zu thun. Im amtlichen Auftrage bearbeitet und mit Anmerkungen versehen von G. Hartmann*, 2. *verb. Aufl.*, *Wurzen* 1851.

Ribbing, *Sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen.*

Richard, E., *La prostitution à Paris, Paris* 1890.

Rietema, F. A., *Die Prostitutionsfrage, Monatsh. f. prakt. Dermat.* 12. *Bd.* (1891) 329, 376, 425.

Rona, S., *Die Verbreitung der venerischen Krankheiten und die Prostitution in Budapest, Pester med.-chir. Presse* 31. *Jahrg.* (1895) 369.

Rozsaffy, A., *Die Verbreitung der venerischen Krankheiten und die Prostitution in Budapest, Pester med.-chir. Presse* 31. *Jahrg.* (1895) 393.

Runderlafs des königl. preufs. Ministers d. I. vom 19. *Nov.* 1896 *betreffend Verlockung weiblicher Personen nach dem Auslande zu Prostitutionszwecken, Arch. f. Verwaltungsrecht* 23. *Bd.* 41.

Runderlafs des königl. preufs. Ministers d. I. und der Med.-Angelegenheiten vom 23. *März* 1897 *betr. die Ueberwachung der Prostituierten, Hyg. Rdsch.* 7. *Bd.* 744.

Schlegel, *Histoire de la prostitution en Chine. Traduite fidèlement du hollandais, Rouen* 1881.

Sänger, M., *Die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht. Ein klinischer Vortrag, Leipzig* 1889; *Prophylaxe der gonorrhoischen Infektion, Vortrag auf der IV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Bonn, Internat. klin. Rdsch.* (1891) *No.* 26.

Schmölder, *Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmäfsigen Unzucht, Düsseldorf* 1892; *Die gewerbsmäfsige Unzucht und die zwangsweise Eintragung in die Dirnenliste. Vortrag nebst anschliefsenden Verhandlungen, Berlin* 1893; *Der Staat und die Prostitution, Berlin* 1900.

Scholz, *Ueber Tripper und die zur Verhütung seiner Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Mafsregeln, Vierteljahrsschr. f. d. ger. Med. u. öffentl. Gesundheitspfl. N. F.* 3. *Bd.*, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 12. *Bd.* (1893) 603; *Prostitution u. Frauenbewegung, Leipzig* 1897.

Schrank, Jos., *Die Prostitution in Wien in historischer, administrativer und hygienischer Beziehung, Wien* 1886.

Schultz, A. W. F., *Die Stellung des Staates zur Prostitution, Berlin* 1857.

Scott, B., *A State iniquity, its rise, extension and overthrow, London* 1890. (*Mit einer ausführlichen Litteratur über die abolitionistische Bewegung in England, Literature of repeal movement.*)

Sedlmeyer, *Aus der Debatte über die Prostitutionsfrage, Arch. f. öffentl. Gesundheitspfl. in Elsafs-Lothringen* 17. *Bd.* (1896) 92—97.

Severus, *Prostitution und Staatsgewalt, Dresden* 1898.

Skrzeczka, Wernich, Pistor, Wehmer, *Sanitätspolizeiliche Mafsnahmen gegen Verbreitung der Syphilis. Syphilisprophylaxe, Ueberwachung der Prostitution, Gesamtberichte über das Sanitäts- und Medizinalwesen in der Stadt Berlin* 1879—1896.

Sonnenburg, *Die Bremer Kontrollstrafse, Ein Beitrag zur Kasernierung der Prostituierten, Arch. f. Dermat. u. Syph.* 38. *Bd.* 77.

Sperk, *Oeuvres complètes.*

Stern, *Ueber Syphilisprophylaxe, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin, N. F.* 37. *Bd.* (1882).

Streubel, C. W., *Wie hat der Staat der Prostitution gegenüber sich zu verhalten? Leipzig* 1862.

Stroehmberg, *Die Prostitution, Stuttgart* 1899.

Strohl, E., *Zur Prostitutionsfrage, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin u. öffentliches Sanitätswesen, N. F.* 24. *Bd.* (1876) 101—123.

Stursberg, *Prostitution in Deutschland und ihre Bekämpfung, Düsseldorf* 1887.

van Swinderen, O., *Le proxénétisme et ses diverses manifestations, Les souteneurs, la traite des blanches, Bruxelles* 1891.
Taxil, Léo, *La prostitution contemporaire. Étude d'un question sociale, Paris* 1884.
Thiry, *Hygiène sociale. De la prostitution. Communication faite à l'Académie royale de médecine, le* 31 *juillet* 1886, *Bruxelles* 1886.
Török, *Die Verbreitung der Syphilis in Budapest und ihre Prophylaxe, Arch. f. Dermat. u. Syph.* 31. *Bd.* 3. *Heft* (1895).
Töply, *Die venerischen Krankheiten in der Armee,* 2. *Teil. Rückwirkung und Eindämmung der venerischen Krankheiten, Arch. f. Dermat. u. Syph.* (1890) 801—856.
Truhart, *Ueber die Verbreitung der Lues in Livland, St. Petersburg. med. Wochenschr.* (1895) *No.* 11.
Tschistjakow, *Die Quellen der syphilitischen Ansteckung der Männer aus gebildeten Ständen, Tagebl. d. III. Kongresses russischer Aerzte* (1889).
Verhandlungen *des preußischen Landtages* 17. *April* 1899, *des deutschen Reichstages über das Gesetz über Abänderungen von Bestimmungen des Strafgesetzbuches etc.* (*lex Heinze*) 1891—1900.
Verhandlungen betreffend den Kampf gegen die Syphilis in Livland, VII. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden, St. Petersburg. med. Wochenschr. (1896) *No.* 7 *u.* 8.
Vincenti. Camillo, *Sifilide, sua profilassi, Milano* 1894.
von Wahl, E., *Ueber die Verbreitung der Syphilis und die Mittel zur Einschränkung derselben, Dorpat* 1880.
Welander, *Till belysning i prostitutionsfrågan, Attryck ur Hygiea* (1889); *Några ord i prostitutionsfrågan, Hygiea* (1890).
Wernich, *Ueber den gegenwärtigen Stand der Prostitutionsfrage, Wien. med. Presse* (1889) 419 *u.* 470; *Artikel Prostitution in Eulenburg's Realencyklop.* 2. *Aufl.*
Werther, *Ueber die Prostitution, speciell in Dresden, Monatsh. f prakt. Dermat.* 28. *Bd.* (1899); *Ueber Syphilis und Prostitution, Schmidt's Jahrbücher* 230. *Bd.* 86.
Westerberg, O. M., *Prostitutionens reglementering, Stockholm* 1890.
Wolff, A., *Die venerischen Krankheiten. Topographie der Stadt Straßburg, nach ärztlich-hygienischen Gesichtspunkten bearbeitet,* 2. *Aufl. Straßburg* 1889. 33. *Abschn.*
Wwedensky, A, *Die Syphilis unter den Prostituierten der St. Petersburger Bordelle, Arch. f. Dermat. u. Syph.* 26. *Bd* (1896).
Zadek, J. u. Blaschko, A., *Schutz gegen Krankheitsgefahr. Kurzgefaßter Ratgeber etc.* 4. *Aufl. Berlin* 1892.
Zehnder, *Die Gefahren der Prostitution und ihre gesetzliche Bekämpfung, Zürich* 1891.
Zemanek, *Die Syphilis in ihrer Rückwirkung auf die Berufsarmeen im Frieden und im Kriege und die Möglichkeit ihrer thunlichsten Eindämmung, Wien* 1887.
Siehe ferner die Jahresberichte der Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., die abolitionistische Litteratur in den Zeitschriften: The Shield, The Sentinel, Revue de morale progressive 1887—89, *Revue de morale sociale* 1898 *ff.*

Anhang No. 1.

Dänisches Gesetz über die Maßnahmen gegen die Verbreitung der venerischen Krankheiten. Vom 10. April 1874, erweitert und amendiert am 1. März 1895.

§ 1. Personen, welche an venerischen Krankheiten leiden, sind, ohne Rücksicht darauf, ob sie ihre Behandlung selbst bezahlen können oder nicht, berechtigt, zu fordern, daß sie auf öffentliche Kosten in Behandlung genommen werden, wie sie andererseits verpflichtet sind, sich einer solchen zu unterwerfen; es sei denn, daß sie nachweisen können, daß sie sich in private ärztliche Behandlung begeben haben; ist das Verhalten dieser Personen derartig, daß die Uebertragung ihrer Krankheit auf andere Personen in sicherer Weise nur durch ihre Absonderung vermieden werden kann, oder halten sie die zur Verhinderung der Ansteckung gegebenen Vorschriften nicht inne, so müssen sie zur Kur in ein Krankenhaus gebracht werden. Streitpunkte in dieser Beziehung sind durch die Amtmänner (in Kopenhagen durch den Polizeidirektor) zu entscheiden, unter Rekurs an den Justizminister; die Ausführung der betreffenden Verordnungen kann durch Geldstrafen, die von den genannten Behörden bestimmt werden, erzwungen werden.

Die, welche Armenunterstützung genießen und venerisch krank sind, müssen zur Kur in ein Krankenhaus gelegt werden

Wenn nach der Heilung der Krankheit bestimmte Gründe vorhanden sind, die ein Recidiv befürchten lassen, so kann der Arzt, der den Kranken behandelt hat, diesem anbefehlen, daß er sich zu einer bestimmten Zeit wieder vorstellt oder das Zeugnis eines autorisierten Arztes darüber beibringt, daß ein Recidiv nicht eingetreten ist. Auch die Erfüllung dieser Anordnung kann durch von den genannten Behörden zu bestimmende Geldstrafen erzwungen werden.

§ 2. Kinder, welche venerisch krank sind, dürfen nur von ihrer eigenen Mutter gesäugt werden; ebenso darf eine Amme, welche weiß oder vermutet, daß sie venerisch krank ist, das Kind einer anderen Frau nicht säugen. Zuwiderhandlungen werden mit den im Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch § 181 gegen diese Verbrechen festgesetzten Strafen geahndet. Wenn die Krankheit übertragen wird, ist der Schuldige nicht bloß verpflichtet, die durch die Behandlung entstehenden Kosten zu erstatten, sondern er muß auch für die durch die Krankheit verursachten Leiden und Verluste eine Entschädigung zahlen.

Dieselbe Verpflichtung liegt den Angehörigen ob, welche ein Kind, von dem sie wissen, oder anzunehmen Grund haben, daß es venerisch krank ist, in Pflege geben, oder welche ein Kind, das dieser Krankheit verdächtig ist, zum Säugen geben, ohne daß die Pflegeeltern, resp. die Amme, bevor das Kind angelegt wird, davon unterrichtet worden sind, daß das Kind krank oder verdächtig ist.

Dieselben Bestimmungen gelten auch für die öffentlichen Persönlichkeiten, welche ein Kind in Pflege oder zum Säugen geben.

Ein Kind wird für verdächtig angesehen, selbst wenn sich kein Zeichen der Krankheit gezeigt hat, wenn nur die Mutter krank ist oder früher konstitutionell krank war; es sei denn, daß schon über 3 Monate seit der Geburt des Kindes verflossen sind.

§ 3. Wenn ein Frauenzimmer, das nicht zu denen gehört, die nach dem Regulativ oder auf Grund besonderer Verordnungen der Polizeiaufsicht unterliegen, sich dem begründeten Verdacht aussetzt, ihren Lebensunterhalt durch Unzucht zu suchen, so muß sie zum Polizeiprotokoll gewarnt und von den Folgen, welche die Uebertretung der Warnung mit sich führt, unterrichtet werden. Zugleich wird sie dann, wenn sie die Erlaubnis dazu giebt oder gesteht, ein unzüchtiges Leben zu führen, von einem Arzt untersucht, und wenn sie venerisch krank gefunden wird, der Behandlung nach § 1 unterworfen.

Diese Untersuchung kann auch einer in diesen Dingen unterrichteten und autorisierten Frau übertragen werden*) und in diesem Falle ist die oben erwähnte Erlaubnis von Seiten der zu Untersuchenden nicht notwendig.

§ 4. Der § 180 des Strafgesetzbuches ist dahin abzuändern, daß statt der in ihm festgesetzten Strafe von Gefängnis da, wo Zwangsarbeitshäuser eingerichtet sind, auf Zwangsarbeit bis zur Dauer von 90 Tagen erkannt werden kann. Wenn ein Frauenzimmer nach § 180 des Strafgesetzbuches verurteilt wird, so muß sie von einem Arzte untersucht, und wenn sie als venerisch krank befunden wird, der Kur nach § 1 unterworfen werden.

---

*) Es giebt in Kopenhagen eine Anzahl weiblicher Aerzte, unter denen auch eine Spezialistin für venerische Krankheiten sich befindet.

Nach Abbüßung der Strafe muß ihr aufs neue eine Warnung erteilt werden in Uebereinstimmung mit § 3, wonach sie der Polizeiaufsicht unterstellt werden kann, in Uebereinstimmung mit den Bestimmungen der folgenden Paragraphen.

§ 5. Wenn ein Frauenzimmer auf Grund des vorigen Paragraphen der Polizeiaufsicht unterworfen wird, oder sich derselben freiwillig unterwirft, so muß ihr zum Polizeiprotokoll angekündigt werden, daß sie sich zu bestimmter Zeit zur ärztlichen Untersuchung zu stellen und jede Wohnungsänderung anzuzeigen hat; wird sie bei der ärztlichen Untersuchung venerisch krank befunden, so muß sie der Behandlung nach § 1 unterworfen werden.

§ 6. Uebertretungen der mit Bezug auf den vorhergehenden Paragraphen gegebenen Anordnungen werden mit Gefängnis bei Wasser und Brot bis zu 4 Tagen, mit Gefängnis bei gewöhnlicher Gefangenenkost bis zu 16 Tagen, oder wenn die Betreffende von der ärztlichen Untersuchung ohne einen annehmbaren Grund fortgeblieben und dann venerisch krank befunden ist mit Zwangsarbeit bis zu 24 Tagen (cf. § 4) bestraft. In letzterem Falle kann sie danach, wenn sie in Kopenhagen oder an einem anderen Orte lebt, wo es nach dem Gesetze vom 4. Februar 1871, § 2, Lit. c. Bestimmungen über die Aufsicht über unzüchtige Frauenzimmer giebt, durch Beschluß des betreffenden „Polizeimeisters“ den durch Regulativ oder Herkommen festgesetzten Bestimmungen über die Beaufsichtigung unzüchtiger Frauenzimmer unterworfen werden. Doch kann sie nicht gezwungen werden, Aufenthalt in einem öffentlichen Hause zu nehmen. Frauen und Bordellierte, die dem zuwiderhandeln, werden auf Grund der Bestimmungen des § 12 bestraft. Frauen unter 18 Jahren dürfen nicht in öffentlichen Häusern wohnen.

§ 7. Wird ein Frauenzimmer, das einmal nach § 180 des Strafgesetzes (cf. § 4 dieses Gesetzes) bestraft worden ist, aufs neue der Prostitution schuldig befunden, so soll sie außer der Strafe nach den oben angeführten Bestimmungen unter der im vorstehenden § 6 erwähnten Einschränkung unterworfen werden den durch Regulativ oder Herkommen festgesetzten Vorschriften über die Beaufsichtigung unzüchtiger Frauenzimmer, insofern sie nach überstandener Strafe in Kopenhagen oder in einer Stadt lebt, für welche kraft des Gesetzes vom 4. Februar 1871, § 2, Lit. c. solche Bestimmungen vorhanden sind.

§ 8. Die in § 5 erwähnte Aufsicht hört, wenn die betreffenden Frauenzimmer nicht vorher auf Grund der §§ 6 und 7 der durch Regulativ oder durch Herkommen für gewisse Städte angeordneten Aufsicht über unzüchtige Frauenzimmer unterworfen worden sind oder sich ihr selbst unterworfen haben, in jedem Falle nach Ablauf von 6 Monaten auf. Wenn in der Stellung oder in dem Verhalten der betreffenden Frauenzimmer eine solche Veränderung vor sich geht, daß eine genügende Sicherheit für ihren ferneren Lebenswandel vorhanden zu sein scheint, so muß der Polizeimeister sie vor Ablauf der erwähnten Frist von der Beaufsichtigung entbinden.

§ 9. Die ärztlichen Untersuchungen, die in diesem Gesetz erwähnt sind, sind wenn an dem betreffenden Orte kein eigener Polizeiarzt angestellt ist, an einem von der Polizei angegebenen Orte von einem öffentlichen Arzte auszuführen. Dieser erhält dafür entweder einen jährlichen Gehalt, welcher von dem Kommunalrat festgestellt und von dem Justizminister gutgeheißen wird, oder, wenn eine solche Bezahlung nicht festgesetzt oder gutgeheißen wird, für jede Untersuchung ein Honorar, das auf vier Kronen für die erste und auf eine Krone für jede folgende am gleichen Orte und zur gleichen Zeit untersuchte Person festgesetzt ist. Die Bezahlung ist in den Kommunalstädten von der Kasse der Stadt zu leisten, auf dem Lande von dem Repartitionsfonds des Amtes. Für die Ausstellung eines Zeugnisses darüber, ob die Betreffende bei der Untersuchung krank gefunden worden ist, erhält der Arzt keine besondere Bezahlung.

Die in den §§ 3 und 5 erwähnten ärztlichen Untersuchungen können mit Erlaubnis des Polizeimeisters und unter Beobachtung von für den Arzt besonders vorgeschriebenen Regeln von einem von der Polizei gutgeheißenen autorisierten Arzte ausgeführt werden, mit dem sich dann das betreffende Frauenzimmer selbst abfinden muß.

§ 10. Die auf öffentliche Kosten zur Behandlung venerischer Krankheiten in ein Hospital eingelegten Kranken dürfen das Hospital nicht verlassen, ehe der Arzt sie nicht entläßt. Zuwiderhandlungen werden mit Gefängnis bei Wasser und Brot bis zu 5 Tagen oder mit einfachem Gefängnis bis zu einem Monat bestraft.

§ 11. Prozesse, die auf Grund der §§ 4, 6 und 10 dieses Gesetzes angestrengt werden, werden wie öffentliche Polizeisachen behandelt, aber auch in Kopenhagen bei geschlossenen Thüren.

§ 12. Die Polizei kann Personen, die Gastwirtschaft treiben, verbieten, Frauenzimmer, welche eine Warnung nach § 3 dieses Gesetzes erhalten haben, im Hause zu halten, oder sie zur Unterhaltung der Gäste oder zu Dienstleistungen zu benutzen.

Für die Uebertretung dieses Verbotes oder für Beiseitsetzung desselben, wodurch die unter Polizeiaufsicht stehenden Frauenzimmer, welche ihren Erwerb durch Unzucht suchen, oder Personen, welche sie in dieser Hinsicht unterstützen, oder welche sie im Hause halten, sich in Bezug auf die Vorschriften schuldig machen, welche enthalten sind in den auf Grund des Gesetzes vom 11. Februar 1863, § 8, oder des Gesetzes vom 4. Februar 1871, § 2c ausgefertigten Regulativen oder Herkommen über die Beaufsichtigung unzüchtiger Frauenzimmer, ist der Polizeimeister berechtigt, eine Bestrafung des Betreffenden zu diktieren bis zu 100 Kronen, Gefängnis bei Wasser und Brot bis zu 4 Tagen oder Gefängnis bei gewöhnlicher Gefangenenkost bis zu 16 Tagen oder Zwangsarbeit bis zu 24 Tagen.

Anhang No. 2.

Norwegischer Gesetzentwurf über die Maßnahmen zur Bekämpfung der venerischen Ansteckung und der öffentlichen Unsittlichkeit.

§ 1. Die Gesundheitskommission hat einen oder mehrere Aerzte anzustellen, deren Aufgabe sein soll:

1) Die Personen zu untersuchen, welche von einer Geschlechtskrankheit ergriffen zu sein befürchten und sich freiwillig zur Untersuchung stellen.
2) Die in der Gemeinde wohnenden Personen, die an einer Geschlechtskrankheit leiden, zu behandeln, vorausgesetzt, daß die Behandlung im Sprechzimmer des Arztes stattfinden kann. — Die oben vorgesehene Untersuchung und Behandlung geschieht kostenlos.

§ 2. Die zu Freiheitsstrafen verurteilten Personen, sowie die während einer gerichtlichen Voruntersuchung oder wegen Trunkenheit auf offener Straße Inhaftierten haben sich einer allgemeinen ärztlichen Untersuchung seitens der Gefängnisbehörden zu unterziehen, sofern eine solche nicht den Umständen gemäß für unnötig gehalten wird.

§ 3. Jeder, der einer strafbaren Handlung auf Grund der §§ 155 Abs. 1, 358,2, 191—206, 376 oder 378 des St.G.B.*) oder auf Grund des Gesetzes betreffend Landstreicherei (§ 2, 4 oder 6) angeklagt ist, kann durch die Polizei aufgefordert werden, sich durch einen Arzt, der auf Grund des § 1 dieses Gesetzes angestellt ist oder auch durch den Polizeiarzt untersuchen zu lassen.

Die Aufforderung muß die Angabe enthalten, daß der Aufgeforderte binnen 48 Stunden das Recht hat, von dem Bezirksgericht, das die Verfolgung des Verbrechens oder des in Frage kommenden Vergehens leitet, den Ausweis zu fordern, ob die Anklage genügend begründet ist, um die Untersuchung trotz des gemachten Einspruchs zu rechtfertigen. Wenn der Angeklagte bei dem Bezirksgericht keinen Einspruch erhebt, oder wenn er auf wiederholte Aufforderung nach zurückgewiesenem Einspruch nicht erscheint, so kann die Polizei ihn zur Untersuchung zwingen.

§ 4. Der Vorsitzende der Gesundheitskommission kann anordnen, daß Personen, bei denen wegen Zusammenlebens mit einer geschlechtskranken Person Verdacht auf eine Erkrankung vorliegt, verpflichtet sind, sich binnen eines festgesetzten Termins der Untersuchung durch einen laut § 1 angestellten Arzt zu unterwerfen oder auch ein Attest eines anderen, durch die Gesundheitskommission genehmigten Arztes, vorzuweisen. Dasselbe geschieht mit denen, die ihm denunziert wurden, weil sie an einer Geschlechtskrankheit leiden oder eine solche übertragen oder in solchen Beziehungen zu einem Geschlechtskranken gestanden haben, daß eine Uebertragung der Krankheit angenommen werden kann.

Die Anordnung des Vorsitzenden muß die Angabe enthalten, daß es erlaubt ist, vom Untersuchungsgericht des Ortes einen Bescheid zu forden, ob genügend Anlaß zur befohlenen Untersuchung vorliegt.

Wenn die fragliche Person, ohne vor dem genannten Gerichtshof einzukommen, unterläßt, sich binnen des festgesetzten Termins zur Untersuchung zu stellen (oder das geforderte ärztliche Attest vorzuweisen), so kann die Polizei sie zur Untersuchung vorführen lassen. Dasselbe geschieht, wenn sie unterläßt, nach Ablauf des nach abschlägigem Bescheid von neuem festgesetzten Termins zu erscheinen.

§ 5. Ist auf Grund der vorhergehenden Paragraphen ein Bescheid gefordert worden, so müssen die Akten des betreffenden Falles unverzüglich dem Bezirksgericht übergeben werden, das so schnell wie möglich eine öffentliche Sitzung abzuhalten hat,

---

*) § 155 Abs. 1 bestraft die bewufste Uebertragung einer venerischen Krankheit, § 358,2 eine gleiche Uebertragung durch einen venerisch erkrankten Dienstboten, § 191 bis § 206 den Raub, Diebstahl, die Verführung Minderjähriger, die Verleitung zur Unzucht etc., § 376 und 378 die Vergehen gegen die Sittlichkeit.

zu der die zu untersuchende Person und die notwendigen Zeugen zu laden sind. — Gegen den Bescheid kann Einspruch nicht erhoben werden.

§ 6. Liegen Gründe vor, eine außergewöhnliche Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu befürchten, so kann die Gesundheitskommission eine allgemeine Untersuchung aller derjenigen Personen anordnen, deren Lebenswandel oder Lebensverhältnisse Anlaß zur Befürchtung geben, selbst venerisch erkrankt zu sein oder die Krankheit leicht verbreiten zu können.

Gemäß den allgemeinen durch die Gesundheitskommission festgesetzten Vorschriften bestimmt der Vorsitzende diejenigen, die zur Untersuchung herangezogen werden sollen, nach Einholung der erforderlichen Informationen von seiten des Polizeimeisters oder seines Stellvertreters.

In dem diesbezüglichen Erlaß des Vorsitzenden muß die Angabe enthalten sein, daß die bezeichneten Personen das Recht haben zu wählen zwischen der Untersuchung durch einen auf Grund des § 1 angestellten Arzt und der Vorweisung eines Attestes, das von einem seitens der Gesundheitskommission genehmigten Arzte ausgestellt ist.

Wer sich dem erwähnten Erlaß nicht fügt, kann vor den Vorsitzenden der Gesundheitskommission geladen werden, um sich zu rechtfertigen und alsdann den in § 4 erwähnten Befehl erhalten.

§ 7. Der Staat wird dafür sorgen, daß alle syphilitischen Personen, bei denen nach Ansicht des Vorsitzenden der Gesundheitskommission eine Behandlung im Krankenhaus notwendig ist, Unterkunft finden.

Geschlechtskranke sind so viel wie möglich von den anderen Kranken zu trennen; Kranke, die auf andere einen schlechten Einfluß auszuüben scheinen, sind abzusperren.

§ 8. Wenn ein Geschlechtskranker sich nicht ausreichende ärztliche Behandlung verschafft, oder wenn er sich den Anordnungen nicht fügt, die ihm in Betreff der Behandlung und zum Schutze Anderer gegen Ansteckung gegeben sind, so kann der Vorsitzende der Gesundheitskommission seine Ueberweisung in ein Krankenhaus bis zur Heilung des Uebels oder bis zur Verminderung der Ansteckungsgefahr anordnen. Diejenigen, die nicht aus eigenem Antrieb zum Arzt gehen, werden ein für allemal in ein Krankenhaus gebracht, sofern ihr Vorleben eine Verbreitung der Krankheit befürchten läßt.

Die oben getroffene Entscheidung des Vorsitzenden kann der ganzen Kommission und deren Bescheid dem zustehenden Minister vorgelegt werden. Der Einspruch ist ohne suspendierende Wirkung, sofern der Vorsitzende den Aufschub für gefährlich hält.

Im ansteckenden Stadium befindliche Syphilitiker sind, wenn sie es selbst verlangen, sofern Platz vorhanden ist, einem Krankenhause zu überweisen.

§ 9. Wenn eine wegen Syphilis in einem Krankenhaus behandelte Person dasselbe verläßt, bevor ein Recidiv ansteckender Form ausgeschlossen ist, so muß davon dem Vorsitzenden der Kommission, der die Unterbringung befohlen und dem Kommissionsvorsitzenden des Bezirks, in dem die Person Wohnung nehmen will, Mitteilung gemacht werden. Solange ein Rückfall ansteckender Art nicht ausgeschlossen ist, kann der Vorsitzende ihres Bezirks anordnen, daß die fragliche Person in bestimmten Zeitabschnitten sich entweder zur Untersuchung bei einem auf Grund § 1 angestelltem Arzte einzufinden hat, oder das Attest eines anderen Arztes, der ihre Behandlung übernommen, vorweist. In letzterem Falle ist der behandelnde Arzt verpflichtet, die Person in bestimmten Zeiträumen zu untersuchen, sowie den Vorsitzenden der Kommission von dem Ergebnis zu unterrichten.

Wenn obige Vorschriften nicht befolgt werden, oder wenn die Krankheit sich von neuem in einer ansteckenden Form zeigt, so kann der Patient auf Grund des § 8 in ein Krankenhaus gebracht werden.

§ 10. Für die in einem Krankenhaus internierten Geschlechtskranken kann der Ressortminister die zur Aufrechterhaltung der Ordnung erforderlichen Disziplinarmaßregeln anordnen.

§ 11. Jeder Arzt, der eine von einer Geschlechtskrankheit befallene Person untersucht oder behandelt, ist verpflichtet, dieselbe von der ansteckenden Natur der Krankheit zu unterrichten, als auch derselben ernsthaft ihre rechtliche und moralische Verantwortlichkeit vorzuhalten, falls sie die Krankheit verbreiten oder andere der Ansteckungsgefahr aussetzen sollte. Ebenso muß ihr der Arzt die Mittel zur Verhütung der Weiterverbreitung angeben. Vor allem ist der Kranke auf die Gefahr der ansteckenden Rückfälle und auf die für die Nachkommenschaft zu befürchtenden Folgen des Leidens hinzuweisen, sowie auf die Notwendigkeit, sich öfter auf seinen Gesundheitszustand untersuchen zu lassen. Der Ressortminister kann gedruckte Verhaltungsmaßregeln ausarbeiten lassen, die von den Aerzten unter den Kranken zu verteilen sind.

§ 12. Jeder Arzt, der jemanden mit einer Geschlechtskrankheit behaftet gefunden hat, ist verpflichtet, sich bei dem Kranken zu erkundigen, wo er sich angesteckt habe. Der Arzt muß dem Patienten mitteilen, daß er zwar nicht verpflichtet sei, diese

Frage zu beantworten, daß er es aber thun könne, ohne befürchten zu müssen, als Zeuge vernommen zu werden, falls eine Verfolgung stattfinden sollte, daß auch sein Name nicht bekannt gemacht werde, daß er jedoch eine ernste Verantwortlichkeit auf sich lade, wenn die gemachte Angabe falsch sei.

§ 13. Die Aerzte haben dem Vorsitzenden der Gesundheitskommission, so oft die Kommission es verlangt, Bericht über die vorgenommenen Untersuchungen, sowie über die behandelten venerischen Krankheitsfälle mit Angabe der Ansteckungsquellen und mit den erforderlichen Bemerkungen zu erstatten.

In den in den Paragraphen 2—6 vorgesehenen Fällen hat der Bericht die Namen der Kranken und andere für die Behandlung der Angelegenheit wichtige, persönliche Angaben zu enthalten.

In den anderen Fällen soll der Bericht ohne Namensnennung gegeben werden. Der Ressortminister hat die Form und den Inhalt des geforderten Berichtes ausführlich vorzuschreiben.

§ 14. Jeder Arzt, der einen Geschlechtskranken behandelt, und von demselben weiß oder vermutet, daß er durch seinen Lebenswandel andere der Ansteckung aussetzt, muß dies unverzüglich dem Vorsitzenden der Gesundheitskommission mitteilen. Dasselbe muß geschehen, wenn er feststellt, daß der Kranke außerhalb des Krankenhauses nicht gut behandelt werden kann.

Die Meldung soll den Namen des Kranken und die anderen Auskünfte möglichst ausführlich enthalten.

§ 15. Wenn ein Arzt die Behandlung eines Syphilitikers einstellt, der sich noch im Stadium der ansteckenden Recidive befindet, so ist er verpflichtet, dem Vorsitzenden der Gesundheitskommission davon unter Angabe des Namens des Kranken Mitteilung zu machen, sofern der Kranke nicht das Attest eines anderen Arztes, der die Behandlung übernommen hat, vorweisen kann.

Wenn die erste Untersuchung den Arzt im Zweifel darüber läßt, ob jemand syphilitisch erkrankt ist, so hat er dieselbe so oft zu wiederholen, bis er sicher weiß, daß die Person von Syphilis frei ist.

§ 16. Nie darf ein Kind, das geschlechtskrank ist oder im Verdacht einer Geschlechtskrankheit steht, von einer Person gesäugt werden, die dadurch einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt wird; auch darf es nicht bei fremden Leuten untergebracht werden, ohne sie von der Ansteckungsgefahr zu unterrichten.

Als auf Syphilis verdächtig wird jedes Kind angesehen, dessen Mutter Syphilis hat oder welche in den ersten 4 Monaten nach der Geburt an der Krankheit litt.

Jede Hebamme, die in der Ausübung ihres Berufs Beobachtungen macht, die den Verdacht einer syphilitischen Erkrankung des Kindes erregen, ist verpflichtet, den Vorsitzenden der Gesundheitskommission davon zu benachrichtigen, sofern das Kind nicht in ärztlicher Behandlung ist.

§ 17. Wenn ein unter einem Jahr altes Kind bei fremden Leuten untergebracht wird, so muß die durch das Gesetz vom 6. Juli 1892, § 19 (I) vorhergesehene Mitteilung immer gemacht werden. Der Vorsitzende der Gesundheitskommission muß ein für allemal den Gesundheitszustand des Kindes prüfen und, wenn das vor Ablauf der ersten vier Monate nach der Geburt des Kindes geschehen ist, von neuem nach genanntem Termine thun.

§ 18. Die Pflichten, die dieses Gesetz in sich schließt, überlassen die Gesundheitskommissionen oder ihre Vorsitzenden der Kommission des Ortes, an welchem die fragliche Person ihren Wohnsitz hat.

Wenn an einen Kommissionsvorsitzenden solche Nachrichten gelangen, die ein Einschreiten am Wohnort notwendig machen, so müssen sie dem Vorsitzenden der Kommission des genannten Ortes übermittelt werden; dasselbe geschieht, wenn ein Arzt eine Person anzeigt, die anderswo lebt.

Wenn eine Person, der der Vorsitzende der Gesundheitskommission Verhaltungsmaßregeln vorgeschrieben hat, die Gemeinde verläßt, so kann der Vorsitzende je nach den Umständen, ihre Verhaftung bewirken oder auch dem Vorsitzenden der Gesundheitskommission ihres neuen Wohnortes die Sorge um die zu treffenden Maßregeln überlassen.

§ 19. Wer, ohne approbierter Arzt zu sein, die Behandlung eines Geschlechtskranken übernimmt, ist für jeden Schaden verantwortlich, der diesem daraus erwächst, daß er von ihm an Stelle eines approbierten Arztes behandelt worden ist.

§ 20. Die Verfügungen des Gesetzes vom 6. Juni 1896 die Behandlung der verlassenen oder vernachlässigten Kinder betreffend, sind bei Frauen im Alter von 16 bis 18 Jahren anzuwenden, deren Lebenswandel oder Lebensverhältnisse zur Befürchtung Anlaß geben, verdorben zu sein oder es leicht zu werden.

Dasselbe geschieht bei Frauen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahre, wenn die Möglichkeit vorliegt, ihren moralischen Niedergang durch die in dem genannten Gesetze getroffenen Maßregeln zu verhüten. Vorher kann der Vormundschaftsrat, wenn er es für notwendig hält, den Gesundheitszustand der fraglichen Person prüfen lassen.

§ 21. Der Staat wird für die Errichtung einer besonderen Anstalt Sorge tragen, in der die in § 20 genannten Frauen Aufnahme finden können.

Die dauernde Internierung kann bis zu 3 Jahren ausgedehnt werden.

§ 22. Weibliche Bedienung in öffentlichen Lokalen, in denen alkoholische Getränke verschenkt werden, kann die Polizei verbieten.

Die Polizei kann gleichfalls verbieten, daß Dienstmädchen unter vollendetem 21. Lebensjahre an solchen Orten oder in Absteigequartieren für Reisende angenommen werden.

§ 23. Insoweit die Gesundheitskommission oder ihr Vorsitzender gehalten sind, die Verfügungen dieses Gesetzes anzuwenden, ist es Sache der Ortspolizei, sie durch Erkundigungen oder notwendige Auskünfte zu unterstützen; auch ist die Polizei verpflichtet, den behufs Nachforschung nach verdächtigen Personen geforderten Beistand zu leisten, diese zu den Untersuchungen vorzuführen, ihnen die gefaßten Beschlüsse mitzuteilen, ihre Ueberführung in die Krankenhäuser zu leiten etc.

§ 24. Bei der Ausführung der in diesem Gesetze gegebenen Maßregeln ist die größte Vorsicht und Umsicht erforderlich.

Wo angängig, soll die Untersuchung der Frauen durch eine Aerztin geschehen. Kann das nicht geschehen, so ist die Gegenwart einer Frau bei der Untersuchung wünschenswert.

§ 25. Den Aerzten, sowie den Angestellten in den Krankenhäusern, den Mitgliedern der Gesundheitskommission, den Polizeibeamten und allen, die sonst in ihrem Berufe mit Geschlechtskranken zu thun haben, ist verboten, die Namen der Kranken anzugeben oder andere sie betreffende Auskünfte zu erteilen, sofern die Durchführung des Gesetzes oder andere hinreichende Gründe nicht Ausnahmen erfordern.

§ 26. Die Kosten für die erwähnten amtlichen, ärztlichen Untersuchungen liegen der Gemeinde ob, in der sie stattfinden.

Die Kosten für die Behandlung Geschlechtskranker außerhalb der Krankenhäuser hat die Gemeinde, der der betreffende Kranke angehört, soweit zu tragen, als er gesetzmäßig unentgeltliche Behandlung fordern kann, oder als die Kosten seine Mittel übersteigen.

Die Kosten für die Untersuchungsreisen der Aerzte fallen dem Staate zu.

Die Behandlung jeder Person, deren Ueberführung in ein Krankenhaus angeordnet worden ist, wird vom Staate bezahlt, wenn es sich um Syphilis handelt, in den anderen Fällen von der Stadt und in den ländlichen Distrikten von dem Kreise, wenn der Kranke nicht vorzieht, selbst zu bezahlen. Ebenso verhält es sich mit der Reise oder seinem Transport von und zum Krankenhause.

In jedem Falle kann die Zurückerstattung der Kosten, die aus der Weigerung des Kranken, sich den Vorschriften zu fügen, oder aus seinem ungesetzlichen Benehmen erwachsen, gefordert werden.

§ 27. Wo keine andere Anordnung getroffen worden ist, hat der Vorsitzende der Gesundheitskommission in seinem Bezirke die vorgeschriebenen Untersuchungen, als auch die in § 1 erwähnte medizinische Behandlung auszuführen. In Streitfällen wird das Honorar durch den zustehenden Minister festgesetzt.

Wo die Ueberladung der Geschäfte es notwendig machen sollte, kann die erforderliche Assistenz zu Hilfe genommen werden, um die Untersuchung und Behandlung der oben erwähnten Kranken zu bewirken und die anderen, dem Vorsitzenden der Kommission gesetzmäßig auferlegten Verrichtungen zu erfüllen.

§ 28. Genauere Anweisungen zur Ausführung des Gesetzes werden vom Könige oder demjenigen, den er dazu ermächtigt, gegeben werden.

Auf gleiche Weise können besondere Maßregeln für ärztliche Untersuchungen vorgeschrieben werden, welche die Verbreitung der Geschlechtskranken in der Armee und Marine, bei der An- und Abmusterung der Mannschaften der Handelsschiffe, bei den Insassen von Gefängnissen, Arbeitshäusern, Rettungshäusern und ähnlichen Anstalten verhüten sollen

§ 29. Verletzungen gegen die §§ 11, 15 und 16, letzter Absatz 17, erster Absatz 22 und 25 dieses Gesetzes werden, falls strengere Strafen nicht anwendbar sind, mit Geldstrafen bestraft.

Wer den Arzt über seinen wahren Gesundheitszustand zu täuschen, der ärztlichen Untersuchung zu entgehen, oder sich der befohlenen Verweisung in ein Krankenhaus durch Flucht oder Verborgenhalten zu entziehen versucht, wird zu einer Geldstrafe oder zu Gefängnis bis zu 3 Monaten verurteilt. Dieselbe Strafe trifft jeden Mitschuldigen eines solchen Versuchs.

§ 30. Dieses Gesetz tritt an dem durch königl. Beschluß bestimmten Termin in Kraft. Das Inkrafttreten kann event. auf bestimmte Paragraphen des Gesetzes beschränkt werden.

Register

— — — —

Frommannsche Hofbuchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena — 2092

Nachwort.

Das nachfolgende Hauptregister bringt das Handbuch der Hygiene zum Abschluß.

Hiermit ist durch die aufopfernde Thätigkeit der Mitarbeiter ein Werk geschaffen worden, wie es in gleicher Ausführlichkeit die Litteratur keines anderen Volkes aufzuweisen hat.

Vor dem Abschlusse des Werkes sind folgende Mitarbeiter aus dem Leben geschieden: Carl Finkelnburg, Georg H. Gerson und Agathon Wernich. Die Wissenschaft wird ihnen ein dankbares Andenken bewahren.

Der Verlagsbuchhandlung gebührt der Dank des Herausgebers für die Fürsorge, welche sie dem Werke hat angedeihen lassen, für die Nachsicht, welche sie an den Tag legte, wenn ein längst versprochener Abschnitt all zu lange auf sich warten ließ, für das Entgegenkommen, das sie den Wünschen aller Beteiligten zeigte.

Die Nachträge, die nach Bedarf erscheinen sollen, werden zeigen, dass Herr Dr. Gustav Fischer gewillt ist, das Werk auf der Höhe der Forschung zu erhalten.

Dezember 1900.

Th. Weyl.



HANDBUCH DER HYGIENE.

Hauptregister

zu

allen 10 Bänden.

HANDBUCH DER HYGIENE

HERAUSGEGEBEN VON

DR. THEODOR WEYL.

ZEHNTER BAND. ZWEITE LIEFERUNG.

(SCHLUSS DES ZEHNTEN BANDES.)



JENA,
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1901.

Hauptregister

zu

allen 10 Bänden

des

Handbuchs der Hygiene.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Die röm. Zahlen bedeuten die Bände, die beigedruckten großen lat. Buchstaben die Abteilungen des betr. Bandes, z. B. II A. = erste Abteilung des zweiten Bandes.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena — 2139







